a mon ami R. Blanchard
témoignage de ma vieille affection et de ma profonde reconnaissance
H. Hallopeau

NOTICE

SUR LES

TITRES ET TRAVAUX

SCIENTIFIQUES

DE

H. HALLOPEAU

Agrégé de la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Vice-président de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie

PARIS
TYPOGRAPHIE PHILIPPE RENOUARD
19, RUE DES SAINTS-PÈRES, 19
—
1902

Une des plus vives satisfactions que donne à un observateur attentif et clairvoyant la pratique de la médecine est la possibilité de découvrir des espèces et des variétés morbides que nul n'avait encore signalées avant lui, de les étudier, d'en déterminer le mode de production et la cause prochaine. On peut dire que notre science marche, à cet égard, de pair avec l'astronomie, l'exploration terrestre et la chimie.

(Aphorisme adressé au journal la *Wiener medicinischen Wochenschrift* à l'occasion de son centenaire, en 1900, par H. Hallopeau.)

TITRES SCIENTIFIQUES

Interne des hôpitaux (1867-1871).
Docteur en médecine (1871).
Médecin des hôpitaux (1877).
Médecin de l'hôpital Tenon (1880).
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine (1881-1883).
Médecin de l'hôpital Saint-Louis depuis janvier 1884.
Agrégé de la Faculté de médecine de Paris (1878).
Membre de l'Académie de médecine (1893).
Membre fondateur, Vice-président et ancien Secrétaire général, de 1893 à 1902, de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.
Membre titulaire honoraire de la Société de biologie.
Membre de la Société médicale des hôpitaux (1877).
Membre et ancien président de la Société thérapeutique.
Ancien vice-président de la Société clinique.
Ancien président de la Société de l'Élysée.
Membre honoraire de la Société anatomique.
Vice-président des Congrès internationaux de dermatologie et de syphiligraphie de Vienne en 1892, de Rome en 1894, de Londres en 1896, de Moscou en 1897.
Vice-président du congrès français de gynécologie et de pædiatrie en 1901.
Membre honoraire des Sociétés de dermatologie et de syphiligraphie de Vienne, de Moscou, de Kiew et d'Italie.

Membre correspondant de la Société dermatologique et syphiligraphique de Berlin et de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Président de la section de médecine de la 23e session de la Société pour l'avancement des sciences, en 1894.
Lauréat de l'Institut (prix Monthyon, 1900), lauréat de la Faculté de médecine (prix Chateauvillard, 1901).
Membre du comité de rédaction des Annales de dermatologie et de syphiligraphie et du Bulletin de thérapeutique.

ENSEIGNEMENT

Cours auxiliaires de pathologie à la Faculté (1883 et 1885-1886) : maladies du système nerveux.
Cours de pathologie expérimentale (suppléance de M. Vulpian, 1884).
Cours à l'École pratique (1877).
Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques faites à l'hôpital Saint-Louis tous les ans, de 1886 à 1902.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I

TRAITÉS GÉNÉRAUX

I

1. — *Traité élémentaire de pathologie générale comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique.*

(Paris, 1884, in-8°.)

2. — *Deuxième édition revue et augmentée.*

(Paris, 1887, in-8°.)

3. — *Troisième édition revue et augmentée.*

(Paris, 1890, in-8°.)

4. — *Quatrième édition revue et augmentée,* 1894.

5. — *Cinquième édition revue et corrigée,* 1897.

En treize ans, ce livre est arrivé à sa cinquième édition : c'est dire qu'il a, depuis 1884, servi à l'instruction de la plupart des étudiants.

Il est divisé en cinq parties. La première partie comprend l'étiologie. Après une étude générale des causes, l'auteur s'occupe successivement des prédispositions héréditaires et diathésiques, et des divers agents morbifiques extérieurs.

Il en indique la nature et le mode d'action; il est ainsi conduit à exposer les notions que l'on possède aujourd'hui sur les

ferments figurés dont la pénétration dans l'organisme est la cause prochaine des maladies infectieuses.

La deuxième partie du livre est consacrée à l'étude des *processus morbides*, et la troisième à celle des *troubles fonctionnels* qu'ils engendrent : se plaçant sur le terrain scientifique, l'auteur les considère en eux-mêmes, comme des phénomènes *biologiques;* il indique quels en sont le mode de production et les caractères, et comment ils s'expliquent par une simple déviation des phénomènes normaux; *il s'appuie constamment, pour ces questions de physiologie pathologique, sur les résultats de l'expérimentation.*

Après un essai de *classification pathologique et nosologique*, il montre, dans la quatrième partie, à quelles lois est soumise l'*évolution* des maladies.

La cinquième partie a pour objet l'étude des règles générales de l'*art médical;* ce n'est plus de la pathologie, c'est l'*application* de cette science au diagnostic, au pronostic et au traitement des maladies; c'est de la *médecine générale.*

L'ouvrage est traduit en italien, en grec, en turc et en espagnol.

II

6. — *Traité pratique de dermatologie.*

(Avec M. Leredde, in-8°, 1900.)

Ce livre est un exposé complet de l'état de la science; les auteurs, sans négliger les travaux étrangers, se sont efforcés de mettre en relief les faits nombreux nouveaux qui depuis 1889 ont été communiqués à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie; ils y ont également donné un résumé de leurs propres publications à cet égard. Ce traité peut être considéré comme une somme de travaux originaux. Il a reçu comme récompenses, à l'Institut, le prix Monthyon, à la Faculté de médecine de Paris, le prix Chateauvillard.

II

ESPÈCES ET VARIÉTÉS MORBIDES NOUVELLES

I

DES ACRODERMATITES CONTINUES

7. — *Sur une asphyxie locale des extrémités avec polydactylite suppurative, chronique, et poussées éphémères de dermatite pustuleuse disséminée et symétrique.*

(S. F. D., 1890.)[1]

8. — *Deuxième cas de polydactylites suppuratives récidivantes.*

(S. F. D., 1892.)

9. — *Sur un quatrième fait d'acrodermatites suppuratives continues.*

(S. F. D., 1897.)

10. — *Sur les acrodermatites continues (Jubile Schrift du professeur Schwimmer, 1897).*

11. — *Nouvelle note sur un cas d'acrodermatite continue suppurative avec infection purulente tégumentaire.*

(S. F. D., 1898.)

1. L'indication bibliographique S. F. D., signifie *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.*
A. D. signifie: *Annales de dermatologie.*

12. — *Acrodermatites continues suppuratives.*

(S. F. D., 1899.)

(Consulter aussi l'article de M. Audry sur les phlycténoses récidivantes des extrémités acrodermatites continues d'Hallopeau, A. D., 1901.)

L'auteur a décrit le premier, en 1890, sous le nom de *polydactylite suppurative chronique*, et désigné, en 1897, sous le nom d'*acrodermatite continue*, cette affection qui peut se présenter sous une forme vésiculeuse, une forme pustuleuse et une forme mixte ; elle est caractérisée cliniquement par la production continue, au niveau des extrémités digitales, de vésicules ou de pustules ; elle peut se prolonger pendant des années et se compliquer d'une infection purulente tégumentaire. Il faut en chercher la cause dans l'épaisseur que l'épiderme présente, dans ces régions, et son adhérence intime aux tissus sous-jacents ; les microbes pathogènes s'y trouvent comme emprisonnés et s'y multiplient indéfiniment sans que l'on puisse les atteindre ; des troubles tropho-névrotiques favorisent leur extension aux parties similaires.

II

DES ÉRYTHRODERMIES PRÉMYCOSIQUES

13. — *Sur une lymphodermie scarlatiniforme, début probable d'un mycosis fongoïde.*

(Congrès de Paris, 1889.)

14. — *Sur la forme érythrodermique généralisée du mycosis fongoïde et les poussées aiguës qui surviennent dans le cours de cette maladie.*

(En collaboration avec M. Jeanselme, S. F. D., 1891.)

15. — *Sur les érythrodermies du mycosis fongoïde.*

(Avec M. E. Besnier.)

(*Communication faite au deuxième congrès international de dermatologie*, 1892.)

16. — *Sur un nouveau cas d'érythrodermie prémycosique.*
(Avec M. Tostivint.)

17. — *Nouvelle étude sur l'érythrodermie prémycosique.*
(Avec M. Lemierre, S. F. D., p. 219, 1900.)

18. — *Sur un nouveau cas d'érythrodermie prémycosique.*
(Avec M. Lemierre, p. 288, 1900.)

Les faits nouveaux qui ressortent de ces études se résument ainsi qu'il suit :

Aujourd'hui, en présence d'une érythrodermie généralisée ambiguë, primitive ou secondaire, la discussion diagnostique doit toujours comprendre la supposition de sa nature mycofongoïde. Les érythrodermies mycosiques peuvent être précoces ou tardives. Elles peuvent précéder de plusieurs années l'apparition des tumeurs ; elles peuvent leur être consécutives. Ces érythrodermies ne se généralisent d'ordinaire que graduellement ; souvent, il reste quelques intervalles de peau saine : la rougeur de la peau coïncide avec son épaississement, l'exagération de ses plis et l'augmentation de sa consistance. L'éruption peut être, par places, papuleuse ; les papules ont souvent un poil dans leur partie centrale ; d'autres fois, elles présentent une dépression remplie par un grain corné ; il peut se produire concurremment des taches pigmentaires et des nodules miliaires ; ceux-ci sont dus, selon toute vraisemblance, à l'oblitération des conduits sudoripares ; l'éruption s'accompagne constamment d'un prurit des plus intenses ; le grattage donne lieu à des excoriations ou à des ecchymoses, jamais à du prurigo. Il se produit constamment des adénopathies très volumineuses. L'érythrodermie peut, comme les tumeurs mycosiques, subir partiellement une évolution rétrograde ; il en résulte la production de plaques nummulaires décolorées qui tranchent par leur blancheur sur la

surface rouge des parties malades. La rougeur peut aussi s'atténuer sur de larges surfaces et laisser à sa suite une pigmentation exagérée. La biopsie peut dès le début conduire au diagnostic.

Il est manifeste que l'évolution et les lésions de ces érythrodermies offrent une analogie frappante avec celles des tumeurs mycosiques : selon toute vraisemblance, elles n'en diffèrent que par le mode de distribution des altérations et par leur siège.

III

19. — *Sur une lymphangiectasie suppurative d'origine tuberculeuse.*

(En collaboration avec M. Goupil, S. F. D., 1890.)

Ce type clinique avait été décrit par MM. Lailler et Besnier ; les auteurs de ce mémoire ont établi, par la clinique, l'histologie et la bactériologie, qu'il s'agit d'une manifestation de la tuberculose.

IV

20. — *De l'aplasie moniliforme généralisée des cheveux et des poils.*

(*Société française de dermatologie et de syphiligraphie* et *Leçon clinique* publiée dans le *Bulletin médical*, 1890.)

L'auteur rapporte trois observations de cette maladie rare ; il confirme sa transmission héréditaire signalée par Anderson, ses rapports avec la kératose pilaire indiqués par M. Besnier ; il montre, le premier, qu'il ne s'agit pas d'une maladie limitée au cuir chevelu, mais d'une altération de tout le système pileux, y compris les poils follets.

V

21. — *Sur la trichotillomanie* (de τιλλομαι, j'arrache).

(*Reunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis* et *Annales de dermatologie*, 1889.)

22. — *Nouveau cas de trichotillomanie.*

(S. F. D., mai 1896.)

L'auteur propose ce néologisme pour désigner une nouvelle forme d'alopécie, celle que détermine la manie du grattage; cette manie s'attaque, en même temps qu'aux cheveux, aux poils des sourcils, de la barbe, des aisselles et du pubis; elle en détermine la chute apparente; ils ne sont que brisés près de leur émergence. Il n'y a pas de prurigo, c'est une vésanie.

VI

23. — *Sur le lichen plan atrophique.*

(*Leçon clinique* publiée dans l'*Union médicale*, 1887.)

24. — *Sur le lichen plan scléreux.*

(*Réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis*, 1889.)

25. — *Sur un nouveau cas de lichen plan scléreux.*

(S. F. D., 1898.)

Dans ces trois publications, l'auteur décrit une variété nouvelle de lichen plan : les papules, au lieu de présenter, comme c'est la règle dans cette maladie, une coloration rouge plus ou moins foncée, sont pâles et décolorées; elles laissent à leur place des cicatrices déprimées et également décolorées; il s'agit

de lésions primitivement achromiques et scléreuses et non d'une transformation régressive d'éléments vulgaires de lichen de Wilson; elles peuvent coïncider avec des altérations caractéristiques de la muqueuse buccale. Une biopsie, pratiquée par M. Darier, y a dénoté une atrophie du corps papillaire avec sclérose du derme et dilatation des conduits sudoripares. Dans un fait de Kaposi, qui a présenté quelque analogie avec les précédents, la décoloration portait, non sur les éléments en activité de la maladie, mais seulement sur les cicatrices qu'ils laissaient à leur place. Ce lichen scléreux peut offrir un aspect très analogue à celui de la morphée: il s'en distingue par la présence de nombreux grains comédoniens ou de dépressions les représentant et par les vestiges de papules brillantes et polygonales.

VII

26. — *Sur un cas de lichen plan avec cnomanie et dyschromies.*

(S. F. D., 1891.)

Le lichen invétéré est constitué par des plaques saillantes complètement décolorées et entourées de zones pigmentées en brun sombre. Ces plaques ont une apparence cicatricielle; leur coloration est due aux altérations provoquées par des grattages incessants : depuis quinze ans, ce malade frotte ses plaques de lichen avec un linge jusqu'à ce qu'excoriation s'ensuive : d'où le travail de sclérose qui a amené la dépigmentation des plaques et la phlegmasie qui a déterminé à la longue la coloration en brun des téguments voisins.

L'auteur a observé plusieurs fois cette manie de grattage qu'il propose d'appeler *cnomanie*, de κνάω *je gratte;* elle n'est pas constamment en relation avec du prurit; elle donne lieu à des altérations profondes et indélébiles de la peau.

VIII

27. — *Sur un lichen en nappe.*

(S. F. D., 1890.)

La maladie dite lichen plan peut se manifester par des plaques non saillantes, d'une couleur jaune biliaire, lisses, brillantes et criblées de dépressions punctiformes; ultérieurement ces plaques se colorent davantage et deviennent d'un rouge plus ou moins foncé ; c'est une nouvelle variété clinique de lichen. M. Vidal a observé un fait semblable.

IX

FORME AIGUË DE LICHEN PLAN

28. — *Communication au premier congrès international de dermatologie sur la constitution du groupe lichen.*

29. — *Sur une forme aiguë de lichen plan de Wilson avec poussée érythrodermique.*

(Avec M. Le Sourd, S. F. D., 1899.)

30. — *Sur un cas de lichen plan aigu avec production de bulles et desquamation furfuracée.*

(Avec M. Lemierre, S. F. D., 1901.)

Le moulage du Musée de l'hôpital Saint-Louis que l'auteur a fait exécuter en 1886 et qui porte l'étiquette de *lichen plan aigu* est

le premier document que l'on trouve sur cette forme morbide; l'auteur y est revenu en 1889 au Congrès de Paris et il en a fait exécuter depuis lors de nouveaux moulages et publié de nouveaux cas.

Cette forme aiguë peut se disposer en très larges nappes où les papules, à peine saillantes, reposent sur un fond uniformément rouge ; elle peut s'accompagner d'adénopathies multiples ; malgré l'intensité du prurit, il n'y a pas de prurigo ni d'autres lésions de grattage : ce fait montre que, dans cette érythrodermie du lichen, comme dans celle du mycosis, la peau subit une altération qui ne lui permet plus de réagir comme à l'état normal, sous l'influence du grattage, par la formation d'élevures surmontées de croûtes noirâtres; ces poussées aiguës peuvent être suivies d'une desquamation qui persiste pendant plusieurs semaines; il peut se produire simultanément des macules ombrées qui ne disparaissent pas sous le doigt et témoignent d'extravasations sanguines.

X

31. — *Sur une nouvelle variété d'angio-névrose donnant lieu à des plaques d'alopécie pseudo-peladique, avec ischémie, anesthésie, achromatose et taches pigmentées.*

(S. F. D., 1891.)

L'auteur décrit un type clinique caractérisé par la production, en diverses parties du corps, de plaques à contours irréguliers au niveau desquelles la peau se décolore, devient insensible aux simples contacts et peu sensible aux piqûres, où celles-ci ne donnent pas lieu à un écoulement sanguin ou ne le produisent que difficilement, où le sang ainsi extravasé présente une coloration noirâtre, asphyxique, où les poils et les cheveux tombent et repoussent blancs; ces plaques sont entourées par

des taches pigmentées tout à fait semblables à celles du vitiligo : elles sont susceptibles de disparaître sans laisser aucune trace, si ce n'est peut-être de la canitie ; elles se produisent, selon toute vraisemblance, sous l'influence d'un trouble réflexe de l'innervation vaso-motrice, résultant d'excitations d'origine psychique ou organique. Les alopécies ainsi déterminées diffèrent de celles de la pelade par leurs contours irréguliers, par l'anesthésie et l'ischémie dont elles sont le siège, par les caractères des altérations qu'y présentent les poils et les cheveux ; elles peuvent être dites *pseudo-peladiques ;* les taches pigmentées se distinguent du vitiligo vulgaire par leur tendance à s'effacer, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement par les excitants locaux et les bains électriques ; elles doivent en être séparées, bien que le vitiligo soit provoqué comme elles par un trouble de l'innervation trophique.

XI

32. — *Sur une nouvelle variété de tropho-névrose caractérisée par des dyschromies et des éruptions lichénoïdes.*

(En collaboration avec M. Larat.)
Communication à l'Association pour l'avancement des sciences, Marseille (septembre 1891).

Il existe une dermatose caractérisée par des plaques achromateuses entourées de zones papuleuses et d'une pigmentation exagérée ; cette dermatose est très vraisemblablement une manifestation cutanée de l'hystérie ; les papules lichénoïdes peuvent être d'origine tropho-névrotique ; elles ne sont pas nécessairement liées au prurit : l'électrisation sous-cutanée sous forme de bains électriques est indiquée en pareils cas.

XII

33. — *Sur un cas de kératodermie palmaire et plantaire unilatérale en foyers occupant les orifices sudoripares.*

(En collaboration avec M. P. Claisse, S. F. D., 1891.)

Ce type clinique a été décrit par M. Besnier; les auteurs établissent qu'il peut s'agir d'une forme de nævus; cette kératodermie est donc liée, selon toute vraisemblance, à un trouble embryonnaire dans la nutrition des tissus; elle peut n'apparaître que dans l'adolescence : *la définition du nævus doit être modifiée;* on n'est plus en droit de dire, avec Rayer, que cette affection est constituée par une altération congénitale de la couleur ou de la texture de la peau, car le trouble de développement qui en est la cause prochaine peut ne se traduire que tardivement par des manifestations apparentes.

XIII

34. — *Sur une nouvelle variété d'éruption acnéiforme de la face.*

(En collaboration avec M. Claisse, S. F. D., avril 1891.)

Les traits essentiels de cette éruption sont une apparition soudaine tout à fait comparable à celle d'un pseudo-exanthème médicamenteux, les caractères des boutons qui sont de forme hémisphérique, relativement volumineux, remarquablement durs, indolents, si ce n'est au début, leur persistance alors même qu'ils ont suppuré, leur disposition en plaques agminées ou confluentes dont la configuration rappelle celle du zona, leur localisation exclusive à la face.

XIV

35. — *Des cicatrices post-faviques des membres.*

(*Réunions cliniques de l'hopital Saint-Louis* et A. D., décembre 1888.)

Le favus des membres peut laisser à sa suite des cicatrices arrondies, légèrement déprimées avec pigmentation à leur périphérie, disposées en cercles; elles ont l'aspect de cicatrices d'origine syphilitique.

XV

36. — *Dystrophies multiples et arrêt de développement après la puberté chez un frère et une sœur atteints de syphilis héréditaire à la seconde génération.*

(Congrès international de 1900.)

37. — *Même sujet.*

(Avec M. Edmond Fournier, S. F. D., mai 1902.)

Les deux jeunes gens s'étaient normalement développés jusqu'à la puberté; à partir de cette période de leur existence, ils ont cessé de grandir en même temps qu'ils étaient frappés d'une sénescence précoce. Actuellement, ils sont âgés, l'un de trente-cinq, l'autre de trente-six ans; on dirait de petits vieillards; leur voix est infantile, leur peau ridée; chez tous deux, des altérations profondes des yeux se sont développées, intéressant surtout les cristallins, mais aussi les milieux, car il y a du glaucome : la vision est presque abolie. Depuis plusieurs années, des ulcérations profondes à tendance progressive résis-

tant à tous les traitements, se sont développées aux extrémités inférieures : elles ont amené la chute de plusieurs phalanges. Les jambes ont le volume de bras d'enfants. Ce sont deux avortons. Or, le grand-père maternel était syphilitique et la mère présente, aux incisives supérieures, les déformations typiques qu'a décrites Hutchinson : on est donc en droit de considérer comme étant de nature spécifique les dystrophies multiples qui existent chez ces jeunes gens.

Par quel mécanisme peut agir en pareil cas la syphilis? En enrayant le développement d'un organe, encore indéterminé, qui tiendrait sous sa dépendance le développement de l'organisme dans cette phase de l'existence? ou en altérant pendant la vie embryonnaire les cellules qui doivent entrer en activité à l'époque de la puberté? Cette dernière interprétation est la plus vraisemblable.

XVI

38. — *Sur une dermatite vacciniforme des jeunes enfants.*

(*Leçon faite à l'hôpital Saint-Louis* en 1887 et analysée dans le *Journal de Lucas-Championnière.*)

39. — *Dermatite vacciniforme infantile.*

(*Musée de l'hôpital Saint-Louis. Iconographie des maladies cutanées et syphilitiques avec texte explicatif.*)

Cette dermatose a été observée simultanément pour la première fois par MM. Besnier et A. Fournier, ainsi que par l'auteur, chez des malades différents; elle a été appelée par M. Besnier *érythème vacciniforme infantile* ou *syphiloïde vacciniforme infantile;* elle a également reçu le nom d'*herpès vacciniforme*. Elle n'a été vue que chez les enfants du premier âge. Elle siège surtout aux fesses, aux plis inguinaux, aux cuisses et à la vulve; elle est

constituée par des éléments d'aspect divers qui représentent les différentes phases de son évolution : ce sont d'abord des papules légèrement saillantes, rondes, de couleur cuivrée; des éléments semblables sont surmontés de pustulettes ; ils se développent excentriquement et deviennent plus saillants; ils atteignent ainsi jusqu'à un centimètre de diamètre; leur surface prend un aspect diphtéroïde dû à la macération de l'épiderme; leur centre se déprime; ils s'ombiliquent; leurs bords s'élèvent; ils prennent ainsi la forme de godets et offrent alors une ressemblance frappante avec des boutons de vaccine ; un liséré érythémateux les sépare des parties saines. L'éruption se développe surtout dans les régions où la peau est en contact avec elle-même; chaque pli cutané représente une fente profonde par suite de la tuméfaction et de la saillie de ses lèvres; les bords de ces plis sont formés de pustules fusionnées. Cette éruption guérit en quelques jours, avec un simple pansement antiseptique local. Il s'agit d'une maladie infectieuse locale dont l'agent n'a pu être encore déterminé; les examens bactériologiques n'y ont donné jusqu'ici que les microbes vulgaires de la suppuration.

XVII

FORME SUPPURATIVE DU PEMPHIGUS VÉGÉTANT DE NEUMANN

40. — *Sur une nouvelle forme de dermatite pustuleuse chronique, en foyers à progression excentrique.*

(*Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie*, Paris, 1889.)

41. — *Dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique.*

(*Atlas international des maladies rares de la peau*, 1890.)

42. — *Nouvelle étude sur cette maladie.*

(S. F. D., avril 1891.)

43. — *Étude comparative de la dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique et de la dermatite herpétiforme de Dühring.*

(S. F. D., janvier 1892.)

44. —*Sur un troisième fait de dermatite pustuleuse et végétante en foyers à progression excentrique.*

(Avec M. Le Damany, S. F. D., 1895.)

45. — *Étude sur la même maladie.*

(Avec M. Monod.)

46-47. — *Pyodermite végétante; ihre Beziehungen zur Dermatitis herpetiforme und dem Pemphigus vegetans* (*Arch. f. Dermat.*, *XLIII et XLV*).

48. — *Nouvelle étude sur une forme pustuleuse et bulleuse de la maladie de Neumann, dite pemphigus végétant.*

(S. F. D., 1898.)

49. — *Sur une forme bulleuse suppurative et cicatricielle de la maladie de Neumann* (*variété nouvelle*).

(Avec M. Fouquet, 1901.)

(Consulter aussi Leredde, Ein Fall von Hallopeauscher *Dermatitis* (*Monatsh. f. prakt. Dermat*, 1898.)

50. — *Nouvelle note sur cette maladie.*

(*Ibid.*)

Cette maladie est essentiellement constituée par la production successive et continue, aussi longtemps que le traitement ne vient pas l'enrayer, de foyers de suppurations qui débutent, soit isolément, soit au pourtour d'anciens foyers, par des vésico-pustules miliaires et des taches érythémateuses, s'accroissent excentriquement, donnent lieu à un prurit intense, prennent une forme circulaire, s'unissent en plaques polycycliques, s'éteignent au centre tout en s'étendant excentriquement, deviennent végétants, puis s'affaissent en ne laissant d'autres traces que des macules très lentes à s'effacer : ils peuvent envahir toutes les parties de la surface cutanée, et se développer également sur la muqueuse buccale, où ils sont particulièrement rebelles; parfois, ils s'étendent en profondeur, gagnent le tissu cellulaire sous-cutané et deviennent ainsi phlegmoneux. Le caractère végétant de cette dermatite peut devenir prédominant; les saillies cutanées atteignent parfois un centimètre de hauteur; lorsqu'elles siègent au cuir chevelu, elles lui donnent un aspect étrange rappelant traits pour traits la configuration des circonvolutions cérébrales; il en peut résulter une alopécie presque complète. Ces phénomènes sont transitoires et, au bout de quelques mois, ces végétations s'affaissent et disparaissent peu à peu, sans laisser d'ordinaire d'autres traces apparentes qu'une pigmentation lente à s'effacer; il en est ainsi pour toutes les manifestations de cette maladie. Exceptionnellement, les lésions pustuleuses laissent à leur suite des cicatrices indélébiles.

La maladie peut durer de longues années et guérir. C'est une forme nouvelle et nettement différenciée de la maladie décrite par Neumann sous le nom de pemphigus végétant. Elle n'a rien à faire avec le pemphigus vulgaire.

XVIII

51. — *Forme croûteuse et villeuse de pemphigus foliacé.*

(*Variété nouvelle.*)
(Avec M. Bouchot, S. F. D., décembre 1901, p. 491.)

L'exsudat, au lieu de s'éliminer au fur et à mesure de sa production, se concrète en croûtes villeuses qui enveloppent le corps comme d'une carapace.

XIX

52. — *Sur un cas de pemphigus foliacé avec ostéo-malacie.*

(Avec M. Constensoux, S. F. D., 1898.)

53. — *A propos des rapports du pemphigus foliacé avec les altérations osseuses.*

(*Ibid.*)

54. — *Nouvelle note sur un cas de pemphigus foliacé avec ostéomalacie.*

(S. F. D., 1901.)

L'ostéo-malacie, survenue dix ans après le début de la maladie, a frappé dans des proportions énormes tout le squelette ; les membres inférieurs sont comme disloqués et contournés en tire-bouchon ; la flexion de la partie médiane des jambes est comparable à celle des genoux. Le ramollissement des os est tel que, si l'on cherche à soulever l'un des membres, l'on voit ses incurvations s'accentuer; la peau est partout le siège d'une pigmentation exagérée.

XX

55. — *Eczéma séborrhéique et folliculites avec dépilations.*

(Avec M. Le Damany, S. F. D., 1894.)

56. — *Sur les folliculites des séborrhéiques et les dépilations qu'elles peuvent provoquer.*

(Avec M. Laffite, S. F. D., 1899.)

Ces folliculites sont essentiellement récidivantes; elles intéressent toutes les parties velues du corps qui peuvent devenir presque complètement glabres. On y trouve des colonies de micrococcus cereus.

XXI

57. — *Sur une folliculite gonococcique.*

(Avec M. Lemierre, S. F. D., 1901, p. 46.)

Cette folliculite était limitée aux glandes du prépuce.

XXII

58. — *Sur un cas de périfolliculites agminées d'origine staphylococcique.*

(Avec M. Fouquet, S. F. D., 1901.)

Ce fait montre que les staphylocoques dorés peuvent donner lieu à des suppurations folliculaires agminées très analogues à celles que produit la trichophytie.

XXIII

59. — *Sur un érythème bulleux suraigu du dos des mains.*

(Avec M. Jousset, S. F. D., 1896.)

60. — *Deuxième note sur cet érythème; démonstration de sa nature inflammatoire.*

(*Ibid.*)

Les manifestations bulleuses de cette maladie ont été suivies d'une dermite végétante ; il s'agit donc, dans cette dermatose, non d'une simple hyperémie, mais d'une inflammation. Il y aura lieu de lui appliquer désormais le nom de *dermatite,* au lieu de celui d'*érythème.*

XXIV

61. — *Dermatose bulleuse du bras développée sous l'influence d'un vésicatoire permanent.*

(S. F. D., 1893.)

Un vésicatoire permanent et les cicatrices qui lui font suite peuvent devenir le point de départ d'une éruption bulleuse qui se localise d'abord à leur périphérie, puis s'étend de proche en proche à des parties plus ou moins éloignées, tout en restant circonscrite à la même région ; cette éruption est liée, selon toute vraisemblance, à un trouble dans l'innervation trophique provoquée par l'altération des filets nerveux inclus dans la cicatrice.

XXV

62. — *Sur une dermatite multiforme à poussées successives.*

(Avec M. Prieur, S. F. D., 1896.)

63. — *Deuxième note sur la même maladie.*

(S. F. D., 1896.)

Parmi les différentes formes de dermatites suppuratives, il en est une qui se reproduit pendant de longues années par poussées successives : l'éruption y est d'emblée purulente ; elle affecte les formes curvilignes les plus variées, représentant, soit maints caractères de l'alphabet tels que le C, le G, le J et l'S, soit d'autres signes ; tels que des points d'interrogation tournés dos à dos : il n'y a pas de microbes dans le pus pur. Cette dermatose est liée, selon toute vraisemblance, au développement de toxines pyogènes.

XXVI

64. — *Sur une nouvelle variété de dermatose séborrhéique.*

(Avec M. Michaux, S. F. D. 1898, p. 168.)

65. — *Deuxième note sur une nouvelle forme de dermatose suppurative d'origine probablement séborrhéique.*

(Avec M. Michaux, S. F. D. 1898, p. 197.)

66. — *Troisième note sur une nouvelle forme de séborrhéide.*

(S. F. D. 1898, p. 301.)

67. — *Quatrième note sur une dermatose séborrhéique aboutissant au psoriasis.*

(S. F. D., 1899, p. 313.)

Il résulte de ces publications que le psoriasis peut débuter par une éruption pustuleuse et comédonienne généralisée; les lésions de cette maladie peuvent être primitivement séborrhéiques; les suppurations miliaires intra-épidermiques qui y ont été signalées par Munro peuvent être assez considérables pour donner lieu à la formation de pustulettes reconnaissables par l'examen clinique; à côté des poussées aiguës de psoriasis caractérisées par l'érythrodermie généralisée, il faut en reconnaître désormais une suppurative.

XXVII

68. — *Sur une staphylococcie blanche folliculaire ascendante.*

(Avec M. Fouquet, S. F. D., avril 1902.)

69. — *Deuxième note sur le même sujet.*

(S. F. D., mai 1902.)

Ce fait montre que les follicules pilo-sébacés peuvent subir, dans toute l'étendue des membres, une invasion de staphylocoques blancs qui en détermine la suppuration : c'est une nouvelle forme de pyodermite; le malade étant psoriasique, il est possible qu'il soit atteint d'une poussée aiguë analogue à celle qui vient d'être signalée dans les notes précédentes.

XXVIII

70. — *Érythème provoqué par l'ichthyol au pourtour des placards d'eczéma avec persistance d'une zone non colorée dans leur voisinage immédiat.*

(Avec M. Weil, S. F. D., 1899.)

L'ichthyol se comporte à cet égard comme les acides pyrogallique et chrysophanique; ces médicaments mettent en jeu les actions vaso-dilatatrices, sauf au voisinage de la lésion où celle-ci exerce, au contraire, une action d'arrêt qui donne lieu à une couleur pâle.

XXIX

71. — *Dermatite de Duhring avec pigmentation et lichénification consécutives de la peau.*

(Avec M. Trastour, S. F. D., 1900, p. 354.)

72. — *Sur une variété herpétiforme grave de pemphigus chronique avec lichénification, production de cicatrices et troubles persistants de l'intelligence.*

(Avec M. Brodier, S. F. D., 1893.)

Ces faits diffèrent des formes de pemphigus décrites jusqu'ici, ainsi que des dermatites herpétiformes, par la production d'une lichénification avec pigmentation des membres et, dans le dernier, par la production de cicatrices consécutivement à l'éruption bulleuse.

XXX

73-75. — *Sur une dermatose bulleuse congénitale héréditaire avec cicatrices indélébiles, kystes épidermiques et manifestations buccales.*

(S. F. D., 1890-1896-1897.)

76. — *Sur les cicatrices d'apparence ortiée dans la dermatite bulleuse héréditaire et traumatique.*

(S. F. D. 1899, p. 220.)

Cette dermatose héréditaire est caractérisée par la production, depuis la première enfance, sous l'influence des plus légers traumatismes, de bulles qui laissent à leur suite des cicatrices indélébiles et de petits kystes épidermiques sous forme de nodules miliaires : les lésions peuvent être localisées suivant des sphères de distribution nerveuse ; les éruptions occupent surtout les extrémités, les coudes, le cou ; elles peuvent se généraliser ; elles envahissent également la muqueuse buccale ; il y a en même temps de l'onychogryphose. C'est une forme dystrophique de la maladie appelée par Valentin dermatite héréditaire bulleuse ; il s'agit, suivant l'auteur, d'une angio-névrose.

XXXI

77. — *Sur une icthyose avec hypotrophie simulant la sclérodermie.*

(Avec M. Jeanselme, S. F. D., 1895.)

Les hypotrophies différaient, dans ce cas, de celles qui ont été antérieurement signalées ; les auteurs ont pu formuler les conclusions suivantes : l'icthyose peut s'accompagner d'un dé-

faut de développement du derme qui simule la sclérodermie; il peut en résulter des troubles fonctionnels tels que l'impossibilité de clore complètement les paupières; les mouvements des doigts peuvent être également entravés; le derme est, en pareil cas, aminci par places, et son élasticité est amoindrie. Ces altérations cutanées coexistent avec un défaut de développement très prononcé des parties sous-jacentes et, plus particulièrement, du squelette des extrémités ainsi que des cartilages articulaires. Leur cause prochaine est, selon toute vraisemblance, un arrêt de développement du squelette et de la peau entraînant leur hypotrophie.

XXXII

78. — *Sur une nouvelle forme suppurative et pemphigoïde de tuberculose cutanée en placards, à progression excentrique.*

(S. F. D., 1895.)

La tuberculose pustuleuse des jeunes sujets peut être le point de départ d'infiltrations profondes du derme, lesquelles s'étendent rapidement en surface de manière à former bientôt des placards indurés de plusieurs centimètres de diamètre. La forme de ces placards est irrégulièrement arrondie ou ovalaire; ils peuvent se fusionner assez complètement pour qu'il ne reste pas trace de leur séparation initiale; leur surface peut être, ou non, exulcérée partiellement. Ces exulcérations sont dues au développement et à la rupture de nouvelles pustulettes à leur périphérie ou dans leur aire; elles ont tendance à se cicatriser rapidement. L'épiderme peut être le siège, à la périphérie de ces placards, dans leur zone d'accroissement, d'un soulèvement bulleux d'aspect pemphigoïde. Les caractères de ces néoplasies les différencient de toutes les formes de tuberculose décrites jusqu'ici : elles peuvent coïncider avec des infiltrations tuberculeuses en nodules agminés et avec des éléments de lichen scrofulosorum. Les pus-

tulettes miliaires peuvent être centrées d'un poil : on est alors en droit de les localiser autour des follicules pilaires. Ces localisations et celles du lichen scrofulosorum autour des glandes sébacées semblent en contradiction avec le siège exclusivement conjonctif de la tuberculose; elles s'expliquent si l'on admet que le milieu conjonctif varie dans sa constitution chimique autour de chaque organe glandulaire comme de tout élément d'une organisation élevée par le fait des matériaux de désassimilation qu'il en reçoit : on conçoit ainsi qu'il ne devienne que dans le domaine de tels ou tels éléments un terrain favorable au développement du bacille de Koch; cette donnée est applicable aux localisations conjonctives de toutes les maladies infectieuses.

XXXIII

79. — *Sur une forme papulo-érythémateuse de tuberculides.*

(Avec M. Laffitte, S. F. D., 1897, p. 350.)

Cette forme est signalée pour la première fois : elle est caractérisée par des placards d'un rouge vif, polycycliques, lissés et un peu déprimés au centre et présentant un contour que dessinent des tubercules érythémateux indurés, saillants et volumineux.

XXXIV

80. — *Sur un cas de tuberculides papulo-pustuleuses isolées et agminées.*

(Variété nouvelle, S. F. D., novembre 1901, p. 398.)

Même type morbide que le précédent, avec cette différence qu'une partie des éléments éruptifs y sont suppuratifs.

XXXV

81. — *Sur une poussée aiguë de pityriasis rubra pilaire, avec érythrodermie exfoliatrice généralisée.*

(A. D, 1898, p. 77.)

Cette éruption, non encore signalée dans cette maladie, a présenté de grandes analogies avec les poussées aiguës du psoriasis; seules, des saillies miliaires sur le dos des phalanges ont pu conduire au diagnostic qui plus tard s'est vérifié.

XXXVI

URTICAIRE PIGMENTÉE AVEC CICATRICES

82. — *Sur la production de cicatrices dans l'urticaire pigmentée.*

(S. F. D., mai 1892.)

83. — *Urticaire pigmentée en bandes transversales avec cicatrices.*

(S. F. D., 1896.)

84. — *Urticaire pigmentée avec cicatrices.*

(S. F. D., 1898.)

La production de ces cicatrices, d'observation nouvelle, plaide en faveur de la nature tropho-névrotique de cette dermatose.

XXXVII

SUR UN NOUVEAU TYPE DE DERMATOSE PUSTULEUSE ET PIGMENTAIRE VÉGÉTANTE

85. — *Sur un type morbide non classé, caractérisé par des éruptions disséminées de dermite papuleuse et pustuleuse avec végétations, dyschromies, hyperkératoses et dystrophies unguéales.*

(Avec M. Roché, A. D., 1900, p. 22.)

86. — *Deuxième note sur une nouvelle dermatose pustuleuse et pigmentaire végétante.*

(A. D., 1900, p. 68.)

Caractérisée d'abord par des placards très étendus de dermite eczématiforme ou lichénoïde, cette dermatose, essentiellement chronique, a rétrocédé en laissant à sa suite de la canitie, des achromies, des vitiligos, troubles profonds de la pigmentation, des dystrophies unguéales, des hyperkératoses, des poussées de dermite pustuleuse et végétante, un prurit généralisé et persistant, des adénopathies multiples.

XXXVIII

87. — *Néoplasie ulcéreuse de la région inguinale, espèce morbide nouvelle.*

(Avec M. Besnier, S. F. D., 1902.)

Cette maladie est caractérisée par le développement d'une néoplasie ulcéreuse à progression excentrique, produisant des

nodosités et des dépressions, lesquelles amènent des vallonnements; par des rebords qui ont pour particularité le passage sans intermédiaire de la peau malade à la peau saine; par l'absence presque complète de cicatrisation spontanée; par le défaut de retentissement ganglionnaire; par des douleurs violentes. L'histologie y dénote une prolifération épithéliale avec dégénérescences cellulaires spéciales. Après avoir progressé pendant quatre ans, elle est en voie de cicatrisation sous l'influence d'applications permanentes de compresses imprégnées d'une solution au trois centième de permanganate de potasse.

XXXIX

88. — *Lèpre avec poussées aiguës de nodules sur le trajet des lymphatiques.*

(Avec M. Lemierre, S. F. D., 1900, p. 97.)

XL

89. — *Sur un cas de lèpre avec cicatrices caractérisées par un plissement en crépons de l'épiderme.*

(Avec M. Laffite, A. D., 1900, p. 99.)

XLI

90. — *Lèpre en nappes scarlatiniformes persistantes.*

(*Congrès de Nantes*, 1901.)

Ces diverses manifestations de la lèpre n'avaient pas encore été signalées.

XLII

91. — *Ulcère de jambe dû à la piqûre d'une épine de « bougrane » Ononis spinosa.*

(Avec M. Fouquet, S. F. D., 1901, p. 247.)

Ces piqûres donnent lieu à la production d'une dermite phlegmoneuse étendue, qui aboutit le plus souvent à la suppuration ; ces faits supposent des toxines d'une activité exceptionnelle.

XLIII

92. — *Sur un cas d'érythème iris à forme chronique.*

(Avec M. Villaret, S. F. D., juillet 1901, p. 370.)

Cet érythème, au lieu d'évoluer en quelques semaines comme il est de règle, a duré plus de cinq mois; c'est la première fois quel'on a signalé la chronicité de cette éruption.

XLIV

93. — *Poussées bulleuses récidivantes dans les cicatrices d'ulcères variqueux.*

(S. F. D., 1892.)

La production de ces bulles doit être rapportée aux troubles d'innervation trophique que provoquent ces cicatrices ; par leur reproduction incessante, elles perpétuent la durée des ulcérations.

XLV

94. — *Sur un lupus érythémateux végétant.*

(*Ibid.*)

La présence de saillies végétantes au centre de plaques de lupus érythémateux est signalée pour la première fois.

XLVI

95. — *Sur un œdème chronique d'origine ortiée.*

96. — *Deuxième note sur un cas de congestions œdémateuses para-urticariennes incessamment récidivantes.*

(S. F. D., 1898, p. 276.)

Conclusions : l'urticaire peut laisser à sa suite une tuméfacteur œdémateuse du tégument externe : cette tuméfaction peut devenir persistante : elle rappelle par sa dureté et sa résistance à la pression du doigt celle du myxœdème dont elle diffère par l'absence d'aspect porcelainé, de sécheresse et de rugosités de la peau ainsi que par l'intégrité des fonctions psychiques ; elle produit une déformation des plus singulières du visage ; elle se renouvelle pendant des années par poussées incessantes ; il se produit de temps à autre des éruptions ortiées étendues et accompagnées de fièvre.

XLVII

97. — *Altérations gangreneuses et nécrotiques unilatérales de l'extrémité céphalique.*

(Avec M. Le Damany, S. F. D., 1894.)

98-99-100. — *Nouvelles notes sur le même sujet.*

(*Ibid.*)

Cette nouvelle dermatose est caractérisée par le développement de boutons rouges, au centre desquels se forme, après décollement de l'épiderme, une croûtelle jaunâtre avec eschare : une ulcération sous-jacente, taillée à pic et tapissée d'un détritus putrilagineux, s'accroît excentriquement jusqu'au moment où elle se cicatrise lentement ; l'eschare peut être sèche et noire; elle peut gagner en profondeur et s'accompagner d'un érythème induré qui s'étend à toute la région, devient le phénomène dominant et aboutit parfois à la mortification en masse ; cette dermatose intéresse surtout le visage, le cou, le devant de la poitrine, le pourtour de l'anus ainsi que les muqueuses buccale et gutturale; les lésions peuvent se multiplier par auto-inoculations : il s'agit vraisemblablement d'une infection non encore déterminée.

XLVIII

101. — *Sur une espèce particulière d'acné sébacée concrète avec hypertrophie.*

(*Réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis*, 1888.)

102. — *Forme suppurative de la maladie de Darier.*

(Avec M. Fouquet, mars 1902.)

103. — *Sur un cas de dystrophie congénitale et pigmentaire (acanthosis nigricans).*

(Avec M. Jeanselme, S. F. D., 1893.)

104. — *Sur un nouveau cas de maladie de Darier et ses rapports avec la dystrophie papillo-pigmentaire.*
(S. F. D., 1896.)

L'auteur croit pouvoir revendiquer une part dans la découverte de cette nouvelle espèce morbide : il est vrai qu'avant lui M. Lutz en avait publié un cas dans sa thèse inaugurale et que M. Besnier l'avait fait représenter par un moulage, mais, d'autre part, c'est après l'auteur que M. Darier en a tracé l'excellente description qui lui a valu l'honneur de lui donner son nom ; la présentation de l'auteur, qui a inauguré par elle les réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis, remonte à 1888.

Cette maladie est caractérisée essentiellement par la production de saillies végétantes aux dépens des glandes pilo-sébacées ; ses localisations dans les régions où prédominent les affections séborrhéiques a conduit l'auteur à la ranger parmi les séborrhéides ; il est probable qu'elle est due à l'intervention d'un agent parasitaire encore indéterminé. L'auteur a décrit le premier une *forme suppurative* de cette dermatose.

Il y a signalé aussi la présence, dans la muqueuse labiale, de nodules représentant des glandes muqueuses hypertrophiées : c'est là un trait nouveau qu'il convient d'ajouter à la symptomatologie de cette dermatose.

Cette maladie présente de remarquables analogies avec la dystrophie congénitale et pigmentaire.

Dans les deux cas observés par l'auteur, les altérations typiques de la peau coïncidaient avec la présence de verrues : celles-ci peuvent être très nombreuses et l'on a noté l'existence d'excroissances intermédiaires par leurs caractères entre ces productions et les dystrophies papillaires ; il y alors une corrélation évidente entre les deux ordres de néoplasies : on est conduit par ces faits à penser qu'un seul agent provoque le développement des unes et des autres : il acquerrait, chez des sujets prédisposés, une puissance d'action anormale.

XLIX

105. — La *séborrhée nigricans*, que l'auteur a fait connaître par un moulage avec note, du musée, de l'hôpital Saint-Louis, ressemble beaucoup objectivement à l'*acanthosis nigricans* : elle s'en distingue par ce fait que l'enduit séborrhéique s'enlève facilement par le grattage et qu'il fait défaut au niveau des plis cutanés.

L

106. — *Sur un cas de lymphadénie médiane de la face.*

(Avec M. Laffitte, S. F. D., 1898, p. 115.)

107. — *Deuxième note sur une lymphadénie médiane de la face.*

(Avec M. Laffitte, S. F. D., 1898, p. 158.)

Dans cette forme clinique, la peau devient le siège d'épaississements avec rougeur vive et amplification énorme des saillies ainsi que des dépressions normales; il en résulte une déformation des plus étranges et frappantes du visage; dans les cas de dermatose leucémique signalés jusqu'alors, on n'avait pas noté d'altérations semblables; d'autre part, dans le mycosis, avec lequel cette éruption présentait d'incontestables analogies, on n'a pas, jusqu'ici, constaté l'abondante leucémie qui existait dans ce fait, et les caractères cliniques des infiltrations dermiques sont différents; il s'agit donc vraisemblablement d'un type non encore décrit.

LI

108. — *Sur un cas de dermite pustuleuse provoquée chez un galeux par une friction avec le baume du Pérou mitigé.*

(Avec M. Léri, S. F. D., 1899, p. 83.)

109. — *Sur deux nouveaux cas de gale aggravés par l'action locale du baume du Pérou mitigé.*

(Avec M. Baccaresse, S. F. D., 1899, p. 438.)

110. — *Nouveau cas d'accidents graves provoqués par le baume du Pérou employé dans le traitement de la gale.*

(S. F. D., 1901, p. 251.)

Ces quatre faits établissent que le baume du Pérou, bien que mitigé, donne lieu assez fréquemment à des dermites pustuleuses qui peuvent être suivies d'ulcérations persistantes. Il faut donc y renoncer dans le traitement de la gale, surtout chez les enfants.

LII

111. — *Sur un cas d'adénomes pilo-sébacés et de kératose pilaire symétrique coïncidant avec une atrophie congénitale partielle du système pilaire et l'absence des fonctions sudorales.*

(S. F. D., 1899, p. 325.)

Il s'est agi surtout, dans ce fait, d'une anomalie de développement des glandes de la peau ; il n'est pas certain que les glandes sudoripares existent chez ce sujet ; elles doivent en tout cas y

être bien rudimentaires, car leur fonctionnement est nul ; les glandes pilo-sébacées font de même entièrement défaut ainsi que les poils follets et adultes sur les membres et une partie du tronc et du visage ; au niveau des joues, des oreilles et du cuir chevelu, elles sont au contraire en état d'hyperplasie et constituent de petites tumeurs.

LIII

112. — *Sur l'angine de poitrine d'origine spécifique.*

(A. D., 1887.)

L'auteur montre que cette angine de poitrine, après s'être présentée avec ses caractères habituels, peut se modifier, sans doute par le fait de l'extension graduelle des lésions qui sont en évolution permanente jusqu'au jour où le traitement vient les enrayer. Dans le fait qu'il rapporte, les accès angineux se sont tardivement accompagnés de sensations d'engourdissement dans la moitié gauche de la tête d'abord, puis dans toute la moitié gauche du corps, et plus tard d'étourdissements passagers auxquels faisait suite une parésie transitoire de l'extrémité inférieure droite : cet ensemble symptomatique n'avait pas encore été décrit jusqu'ici. L'auteur invoque, pour en donner l'interprétation physiologique, une excitation réflexe du centre bulbaire qui tient sous sa dépendance l'innervation des vaso-moteurs dans la moitié gauche du corps et aussi une ischémie réflexe du centre moteur du pied droit dans l'hémisphère gauche. L'action rapidement curative de la médication mercurielle et iodurée a prouvé qu'il s'agissait bien là d'une manifestation anormale de la syphilis.

LIV

113. — *Sur une forme atrophique et végétante de pemphigus iodique.*

(A. D., 1888.)

114. — *Sur une forme nécrotique, bulleuse et végétante d'éruption iodique.*

(Avec M. Fouquet., S. F. D., juin 1901, p. 269.)

Les faits nouveaux qui résultent de ces notes peuvent être résumés ainsi qu'il suit : les éruptions bulleuses d'origine iodique peuvent, chez les sujets prédisposés, laisser à leur suite des cicatrices indélébiles et s'accompagner d'un travail de prolifération conjonctive et épithéliale qui se traduit par la production de végétations ordinairement disposées en cercles et analogues aux condylomes vénériens ; elles peuvent occuper la conjonctive et la cornée et entraîner ainsi la cécité ; les cicatrices consécutives, d'ordinaire légèrement déprimées, décolorées et de forme arrondie ou polycycliques, peuvent prendre l'aspect de brides saillantes, ou se rétracter et déformer la face au point de lui donner l'aspect d'un lupus ancien et de nécessiter une autoplastie ; les poussées bulleuses s'accompagnent de fièvre et de diarrhée ; l'idiosyncrasie qui amène ce mode de réaction peut survenir tardivement.

LV

115. — *Sur une hémorrhagie bulbo-protubérantielle d'origine iodique.*

(*Bulletin de la Société de thérapeutique*, 1885.)

L'auteur a vu se produire, chez un jeune homme qui avait fait un prodigieux abus de l'iodure de potassium, en même temps

qu'une éruption abondante de purpura, une légère hémiplégie alterne intéressant simultanément le côté gauche de la face, y compris l'orbiculaire, et les membres du côté droit; ces accidents ont rapidement disparu après la cessation de la cure iodurée, et le sujet, que nous avons suivi depuis lors, n'a jamais plus présenté de troubles encéphalopathiques.

LVI

116. — *Contribution à l'étude des inflammations réflexes.*

(En collaboration avec M. Neumann.)
(*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1878, p. 309.)

On a remarqué depuis longtemps que des excitations portant sur une partie limitée du corps peuvent donner lieu à des troubles de nutrition dans des régions plus ou moins éloignées du point primitivement affecté. On sait que ce sont là des *réflexes trophiques*.

Ces réflexes n'ont guère été signalés jusqu'ici que dans l'œil, le testicule, le poumon et l'intestin; il est probable cependant qu'ils peuvent se produire dans toutes les parties du corps, car partout les phénomènes intimes de la nutrition semblent être soumis à l'influence du système nerveux. Un fait observé par les auteurs montre que la peau peut en être le siège. Il s'agit d'un sujet arthritique chez lequel l'application successive de deux vésicatoires sur le côté gauche de la poitrine, au niveau du mamelon, fut suivie d'une inflammation suppurative des glandes sébacées du mamelon droit. Il s'y forma sept petits abcès. On peut affirmer que cette inflammation mammaire s'est produite sous l'influence d'un trouble réflexe de l'innervation. On ne peut invoquer, en effet, une simple coïncidence, car les inflammations de l'aréole mammaire sont extrêmement rares chez l'homme. On ne peut admettre non plus que l'irritation se soit

propagée directement, ou par l'intermédiaire des lymphatiques, de la surface vésiquée à l'aréole droite, car il a été constaté que la région intermédiaire aux deux parties était exempte de toute altération. En réalité, les choses se sont passées comme si l'irritation des nerfs appartenant à l'aréole et au mamelon gauche s'était transmise dans le centre spinal au noyau d'origine des nerfs de l'aréole droite et avait provoqué par leur intermédiaire un trouble dans la nutrition de cette région.

Il est probable que la diathèse arthritique a favorisé le développement des phénomènes morbides et que, chez un autre sujet, l'application des mêmes irritants dans la même région, n'aurait pas donné lieu vraisemblablement aux mêmes accidents.

Les circonstances dans lesquelles s'est développée chez ce malade la phlegmasie secondaire de l'aréole ont ainsi permis d'établir qu'elle a été provoquée *par un trouble réflexe de l'innervation.*

Le même mécanisme peut être invoqué pour les affections eczémateuses qui accompagnent souvent l'éruption des dents.

LVII

117. — *Note sur un cas de gangrène secondaire.*

(*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1880, p. 271.)

L'application trop prolongée d'un courant galvanique détermine chez un adolescent la formation d'une eschare à la partie antéro-supérieure de la jambe gauche. La lésion est profonde et mesure environ cinq centimètres de diamètre.

Trois semaines après, le malade accuse une douleur dans la jambe droite, en un point *exactement symétrique* à celui qui est à gauche le siège de l'eschare : la peau rougit, se tuméfie, et l'on voit bientôt apparaître, au centre de la partie ainsi altérée, une

tache *gangréneuse* qui s'étend rapidement, si bien qu'au bout de peu de jours elle mesure douze centimètres de diamètre.

Par quel mécanisme s'est produit ce second foyer?

Si on considère qu'il s'est développé à droite dans un point exactement symétrique à celui qu'occupait à gauche le foyer initial, on est conduit à penser que les excitations parties de celui-ci ont provoqué à distance un trouble dans l'innervation trophique de l'autre membre et sont devenues ainsi le point de départ de la lésion secondaire.

Il est invraisemblable cependant que ce trouble ait produit directement la gangrène: on sait, en effet, que la gangrène d'origine nerveuse ne s'observe guère que dans l'affection appelée *gangrène symétrique* des extrémités, dans les encéphalopathies et dans les myélites graves; elle coïncide constamment avec des troubles apparents de l'innervation vaso-matrice; or, aucune de ces conditions n'existait dans ce cas.

Il est probable que le trouble réflexe de l'innervation trophique a donné lieu d'abord, comme dans les faits connus jusqu'ici, à une inflammation, et que celle-ci s'est compliquée de gangrène par le fait de l'altération humorale qu'entraînait la présence du foyer initial. Il est d'observation que les phlegmasies survenant chez des individus atteints de gangrène tendent elles-mêmes à se terminer par gangrène; il en est ainsi, par exemple, pour les pneumonies qui se développent chez les enfants affectés de *noma*. Ces faits ne peuvent guère s'expliquer que par la présence, dans les foyers gangreneux, d'un agent *infectieux* qui pénètre dans le sang et se trouve transporté par la circulation dans toutes les parties du corps. On peut invoquer, en faveur de cette même hypothèse, la tendance du foyer gangreneux à s'étendre jusqu'au moment où l'on en arrête les progrès par l'application de caustiques ou d'antiseptiques.

Les mêmes causes qui engendrent la gangrène dans les tissus en rapport avec l'atmosphère amènent la nécrose simple dans les viscères soustraits à son influence. Les oblitérations

artérielles, qui donnent lieu au sphacèle lorsqu'elles se produisent dans les membres, n'amènent dans l'encéphale qu'une nécrobiose.

On peut remarquer enfin que toutes les parties du corps susceptibles d'être primitivement affectées de gangrène sont en rapport direct ou indirect avec le milieu atmosphérique : c'est la peau, c'est le poumon, c'est l'intestin; jamais, dans les autres organes, la gangrène n'apparaît que consécutivement à la formation d'un premier foyer gangreneux dans l'une de ces parties.

En résumé, *deux influences* ont pu concourir à produire un second foyer gangreneux chez ce sujet : en premier lieu, un *trouble réflexe* dans l'innervation trophique de la partie affectée, trouble amenant le développement d'un phlegmon ; ultérieurement, l'*apport par la circulation, dans ce foyer secondaire, d'éléments infectieux* provenant du foyer initial.

LVIII

118. — *Contribution à l'étude de la sclérose diffuse périépendymaire.*

(*Mémoires de la Société de biologie.* — 1869, avec planche.)

Les conclusions de ce travail peuvent être résumées ainsi qu'il suit : il existe une forme, *non encore décrite*, de myélite dans laquelle les lésions portent principalement sur l'épendyme et sur le tissu connectif des commissures ; elle est anatomiquement caractérisée par la présence, au centre de la moelle, d'une masse de tissu réticulé, riche en éléments cellulaires, offrant dans sa structure une grande analogie avec la névroglie dont il est manifestement dérivé, et renfermant de nombreux vaisseaux dont les parois, le plus souvent altérées, peuvent se

rompre et donner lieu aussi à de petites hémorrhagies. Au bout d'un certain temps, le tissu morbide subit diverses transformations : tantôt il s'indure et l'on trouve alors au centre de la moelle un cordon solide, de consistance fibreuse; tantôt ses éléments s'atrophient et se détruisent en partie; la moelle se creuse de cavités que cloisonnent souvent des tractus conjonctifs; la présence, à leur périphérie, d'une couche scléreuse indique habituellement leur origine inflammatoire; le canal épendymaire subsiste quelquefois au milieu du tissu de nouvelle formation; d'autres fois, il présente une notable dilatation; les éléments de l'épendyme peuvent se multiplier et constituer des amas cellulaires plus ou moins considérables; souvent il existe, en même temps, dans les autres parties de la moelle, les lésions d'une sclérose diffuse plus ou moins avancée. La substance grise s'atrophie en totalité ou en partie.

La maladie débute d'ordinaire par des paralysies disséminées; elles frappent d'abord isolément quelques muscles dans l'un des membres, puis dans le membre opposé, puis dans les deux autres; quelquefois, les muscles affectés sont le siège de mouvements involontaires; bientôt, ils perdent leur contractilité électrique ; puis ils s'atrophient, souvent avec une grande rapidité; on observe alors les mêmes déformations, les mêmes attitudes vicieuses que dans l'atrophie musculaire progressive. La paralysie peut s'étendre à la plus grande partie du système musculaire et les malades succombent alors à l'asphyxie causée par la paralysie des muscles inspirateurs. La marche de la maladie est constamment progressive.

Les lésions restent silencieuses aussi longtemps que les cornes antérieures ne sont pas atteintes; elles peuvent envahir la substance blanche; les signes de la myélite périphérique viennent alors s'ajouter à ceux de la myélite centrale.

LIX

119. — *Note sur un fait de thrombose basilaire.*

(*Archives de physiologie normale et pathologique*, 1876, pages 794-802.)

Ce fait a montré que le moteur oculaire externe peut-être, comme le facial, atteint d'une paralysie qui alterne avec celle des extrémités.

LX

120. — *Sur une forme prolongée de cocaïnisme aigu.*

(*Note communiquée à l'Académie de médecine dans la séance du* 2 décembre 1890.)

Les conclusions de ce travail sont les suivantes : une seule injection de cocaïne peut donner lieu, non seulement à des accidents immédiats d'un caractère grave et menaçant, mais aussi à des troubles prolongés extrêmement pénibles ; ces troubles ont beaucoup d'analogie avec ceux que l'on observe peu d'instants après l'injection ; ils consistent surtout en une céphalalgie persistante accompagnée d'un profond malaise, d'insomnie, d'engourdissement des membres et en des accès de défaillance avec vertige et prostration mêlés à une excitation cérébrale qui se traduit par de la loquacité et une grande agitation ; des doses minimes du médicament peuvent suffire à les provoquer ; leur durée peut être de plusieurs mois ; on les observe surtout chez les sujets dont le système nerveux est très excitable : on peut les attribuer à une action élective du poison sur des centres nerveux non encore déterminés.

LXI

121. — *Sur un cas de phénomène de Cheynes-Stokes avec arrêt complet du cœur pendant les phases respiratoires; interprétation physiologique et signification pronostique de ce syndrome.*

(En collaboration avec M. A. Petit.)
(*Bulletin de la Société cliniqne* et *France médicale*, 1890.)

Les auteurs résument ainsi qu'il suit les résultats de leurs observations : le phénomène de Cheynes-Stokes peut s'accompagner d'un arrêt complet du pouls et du cœur; cet arrêt se produit au commencement de la phase respiratoire pour cesser un instant avant la pause; une pause circulatoire succède ainsi à la pause respiratoire et l'une et l'autre alternent régulièrement; des convulsions épileptiformes peuvent survenir, non, comme l'a dit Traube, au moment de la pause respiratoire, mais pendant la phase des respirations forcées; ces phénomènes peuvent être rattachés, comme les mouvements respiratoires anormaux, à une excitation du mésocéphale par le sang anoxémié. Le phénomène de Cheynes-Stokes n'a pas nécessairement une signification pronostique grave, alors même qu'il est nettement caractérisé : il peut être pendant trois ans compatible avec l'existence. On peut l'observer dans la grande hystérie.

LXII

122. — *Note sur un cas de compression de la protubérance par dilatation anévrysmale du tronc basilaire.*

(En collaboration avec M. Giraudeau.)
(Journal *l'Encéphale*, 1883, pages 637-666.)

Parmi les particularités qu'a présentées ce fait, une des plus remarquables a été l'influence exercée par la situation de la tête sur la respiration. Le dernier jour, le malade, en état de coma, avait la tête renversée en arrière et la respiration bruyante, mais régulière. Si on le redressait, *la tête s'inclinait en avant et immédiatement la respiration s'arrêtait en expiration*, tandis que le pouls continuait à battre régulièrement pendant quelques secondes, puis se ralentissait peu à peu.

Si dans ces conditions on renversait la tête en arrière, immédiatement la respiration se rétablissait.

Ce fait peut être interprété de la manière suivante : lorsque le malade inclinait la tête en arrière, le mésocéphale tendait à se porter dans la même direction et à s'éloigner par conséquent de la tumeur qui comprimait sa face antérieure; dès lors ses fonctions pouvaient s'accomplir relativement bien. Lorsque, au contraire, la tête était inclinée en avant, la protubérance, se portant à la rencontre de l'apophyse basilaire, venait appuyer et se comprimer elle-même sur la tumeur formée par le tronc basilaire dilaté. Dans cette situation, la compression du mésocéphale atteignait son maximum et la respiration se suspendait brusquement; l'arrêt des mouvements respiratoires se faisait toujours en expiration, comme il arrive lorsque l'on excite chez des animaux anesthésiés le bout central du pneumogastrique; la pathologie vient ainsi confirmer les résultats de l'expérimentation.

Le fait qui vient d'être rapporté est unique dans la littérature médicale.

III

DERMATOLOGIE GÉNÉRALE

---

123. — *Sur les toxines en dermatologie.*

(Congrès de Moscou, 1897.)

L'introduction de la notion des toxines dans l'interprétation des phénomènes morbides doit être considérée pour la dermatologie comme un progrès aussi fécond en conséquences doctrinales et pratiques que la découverte par l'histologie des unités cellulaires et que celle des microbes. On peut dire qu'elle constitue une véritable révolution, car elle a modifié de fond en comble l'interprétation de la plupart des phénomènes morbides.

L'auteur entend par toxines *toutes les substances morbifiques produites par des êtres vivants*. La condition essentielle de leur production est l'activité cellulaire; à chaque activité cellulaire appartient la genèse de produits qui lui sont propres et peuvent rester incorporés à l'élément anatomique, s'accumuler dans le tissu ambiant, pénétrer dans la circulation lymphatique ou sanguine, s'éliminer primitivement ou secondairement avec les produits de sécrétion : d'où l'apparition possible de phénomènes morbides, au point de vue qui nous occupe, soit dans un territoire limité du tégument externe, soit en diverses parties de sa surface, soit dans sa totalité. Ils peuvent se développer

chez le sujet générateur des toxines ou chez d'autres êtres vivants, auxquels est transmis le produit nocif.

Le champ des toxines ainsi conçues est des plus vastes, puisqu'il comprend, non seulement tous les venins ou poisons, mais aussi tous les produits de sécrétion et de désassimilation des organismes vivants et des parasites qui s'y multiplient ; bien plus, les tissus et surtout les liquides normaux de chaque espèce vivante peuvent devenir nocifs pour d'autres espèces.

M. A. Gautier, en étudiant ces produits au point de vue de la chimie et de la biologie, est arrivé à les grouper en trois grandes classes : les *leucomaïnes*, les *ptomaïnes* et les *toxines proprement dites*.

Il faut tenir grand compte, dans l'interprétation pathogénique des toxines, non seulement de la nature de l'agent, mais aussi du terrain que lui offre le sujet affecté en raison de sa constitution, de son âge et des conditions dans lesquelles il se trouve au moment où il est exposé à l'action nocive. Le chimiotaxisme entre pour une part prépondérante dans leur mode d'action.

Les toxines peuvent être exogènes, endogènes, ou d'origine mixte.

Le mode d'action de certaines toxines peut être très divers : celles de la tuberculose, par exemple, peuvent provoquer des lésions limitées autour des foyers microbiens, et aussi agir à distance, en déterminant les éruptions que l'auteur a dénommées *toxi-tuberculides* : telles sont, le lichen scrofulosorum, la tuberculide acnéiforme et nécrotique, les folliculites pustuleuses disséminées ou agminées, les tuberculides papulo-érythémateuses, etc. Sans doute, d'autres éruptions cutanées, telles que les pemphigus et les dermatites exfoliatrices peuvent reconnaître une pathogénie analogue.

Les toxines jouent un rôle prépondérant dans la genèse des dermatoses : il appartiendra à l'avenir de déterminer la constitution chimique exacte de chacune d'elles.

124. — *Notions pathogéniques et indications pathogéniques générales sur les maladies de la peau.*

(*Traité de thérapeutique appliquée*, 1897.)

125. — *Sur un vice radical de notre classification dermatologique.*

(S. F. D., 1893.)

126. — *Des proliférations locales dans les maladies infectieuses.*

(Jubile Schrift du professeur Neumann, 1900.)

Les faits nouveaux que l'auteur a invoqués pour établir l'importance de ces proliférations locales peuvent être résumés ainsi qu'il suit :

1° Il peut persister, dans l'induration chancreuse, des éléments en activité ; on en a pour témoins les nodules qui viennent parfois se greffer sur son pourtour, ainsi que ses récidives plus ou moins tardives *in situ;*

2° Ces éléments infectieux qui émanent directement, dans la période secondaire de la syphilis, de l'accident primitif peuvent avoir une activité plus grande que ceux qui se sont préalablement disséminés dans tout l'organisme : en témoignent les vastes ulcérations qui se produisent parfois exclusivement au voisinage de cet accident ;

3° Les syphilomes tertiaires peuvent s'entourer de tubercules semblables à ceux de la période secondaire, comme le font les papules initiales des syphilides en corymbes ; il semble que le virus, engendré secondairement par un dépôt local, ait une activité moindre, ou que ce dépôt exerce sur les tissus qui l'entourent une action telle qu'ils réagissent avec moins d'intensité sous l'influence de nouvelles proliférations microbiennes ;

4° On peut observer, dans la lèpre, des proliférations locales sous forme d'anneaux concentriques à un dépôt initial : ces manifestations secondaires sont d'abord, comme dans la syphilide en corymbes, moins saillantes que la nodosité initiale; mais, contrairement à ce qui se passe dans la syphilis secondaire, elles se développent ultérieurement et prennent alors des caractères tout à fait semblables à ceux de la néoplasie dont elles ont émané;

5° On peut voir se produire, autour de papules volumineuses de lichen plan, des papules secondaires plus petites et moins colorées; celles-ci ont évidemment émané de celles-là;

6° Dans le mycosis, la progression excentrique des néoplasies et la formation de petites tumeurs secondaires au voisinage des productions volumineuses indiquent des proliférations locales; il en est de même dans le psoriasis;

Ces faits sont en faveur de la théorie parasitaire de ces dermatoses.

IV

ÉTUDES SUR LES MALADIES CUTANÉES

L'auteur s'est constamment attaché, depuis qu'il a été chargé d'un service hospitalier, d'associer à la description clinique des faits intéressants qu'il lui a été donné d'observer leur étude physiologique, pathologique et étiologique.

A. — ÉTUDES SUR LES NÉVRO-DERMIES

127. — *Note sur un cas de sclérodermie avec atrophie de certains os et arthropathies multiples.*

(*Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1873.)

Les lésions atteignaient simultanément, dans ce cas, la peau, la muqueuse linguale, les muscles des lèvres et de la langue, les phalanges des doigts et des orteils, et beaucoup d'articulations.

L'auteur montre l'analogie que présentaient ces phénomènes morbides avec ceux qui caractérisent l'atrophie unilatérale de la face. Il est conduit à rapprocher les deux états morbides et à les considérer comme de simples variétés d'une même affection ; il s'attache à établir que l'une et l'autre ont pour origine un trouble de l'innervation et propose de les désigner sous le nom de *trophonévroses disséminées.*

128. — *Dermatite bulleuse consécutive à une sclérodermie.*

(S. F. D., 1895.)

Une éruption bulleuse localisée peut être provoquée par une sclérodermie et un traumatisme intercurrent; elle reste circonscrite à la région occupée par la sclérodermie et à son voisinage immédiat; elle est comparable à celle que peut déterminer une cicatrice ancienne; il s'agit vraisemblablement d'un trouble tropho-névrotique.

129. — *Sur une sclérodermie en bandes limitée à la sphère de distribution du brachial cutané interne.*

(S. F. D., 1895.)

130. — *Études sur les sclérodermies. Nouveau cas de morphée.*

(Avec M. Brodier, S. F. D., 1893.)

La sclérodermie en bandes limitée à un trajet nerveux doit être distinguée de la morphée : elle s'accompagne, contrairement à celle-ci, d'une très notable diminution de la sensibilité. Au cuir chevelu, la tropho-névrose peut se traduire par l'apparition de plaques achromiques avec zone périphérique hyperpigmentée, distribuées symétriquement.

131. — *Sur un cas de sclérodermie en bandes et en aires généralisée avec éruption bulleuse et lichénoïde.*

(S. F. D., 1899, p. 270.)

132. — *Sur un cas de morphée avec hyperémies et ischémies intermittentes quotidiennes.*

(Avec M. Nazare-Aga, A. D., 1900, p. 37.)
(Fait nouveau.)

133. — *Sur un cas de morphæa alba plana.*

(S. F. D., 1893.)

Les conclusions sont les suivantes :

Les plaques de morphée peuvent atteindre des dimensions trés considérables et former, par exemple, une large ceinture embrassant la moitié du tronc ou un grand collier au-devant du cou; leur régression se caractérise d'abord par la substitution d'un érythème à la plaque indurée et décolorée; elles finissent donc comme elles ont commencé; cette substitution se fait le plus souvent de la périphérie vers le centre de la plaque; elle peut également commencer par sa partie médiane; à cet érythéme succède rapidement une pigmentation d'un brun foncé qui pâlit très lentement et peut finir par s'effacer entièrement; les plaques de morphée s'excorient et s'ulcérent avec une grande facilité sous l'influence de causes accidentelles insignifiantes; elles laissent le plus souvent à leur suite un amincissement très notable du tégument; quand il y a eu ulcération, c'est une cicatrice pigmentée et indélébile qui se produit.

C'est à tort que l'on a voulu identifier cette maladie avec la lèpre. L'intégrité de la sensibilité au niveau des plaques les plus anciennes, l'induration ligneuse qu'elles présentent dans leur partie centrale, la pigmentation qui succède à leur décoloration et leur évolution rétrograde, qui peut être compléte, sont autant de caractéres qui l'en séparent.

La morphée peut se compliquer d'éruptions bulleuses et de saillies tuberculeuses qui s'ulcèrent en laissant des cicatrices indélébiles; elle peut s'accompagner d'un prurit intense.

134. — *Sur le traitement de la morphæa alba plana par les bains faradiques.*

(S. F. D., 1893.)

Il est toujours difficile d'apprécier l'efficacité des moyens thérapeutiques par lesquels on cherche à agir sur cette maladie : il est reconnu, en effet, que ses lésions, au bout d'un certain laps de temps variable, suivent spontanément une évolution rétrograde. Il paraît certain, cependant, que les bains faradiques ont modifié très favorablement la morphée dont il a été question précédemment (n° 133), car, non seulement les plaques ont rétrocédé avec une grande rapidité pendant que la malade était soumise à ce traitement, mais elles ont recommencé à s'accroître rapidement chaque fois qu'il a été suspendu.

135. — *Sur un cas d'ulcérations tropho-névrotiques liées à un œdème bleu chez un hystérique.*

(Avec M. Coutensoux, S. F. D., 1899, p. 36.)

136. — *Herpès récidivant de la main.*

(A. D., 1889.)

L'auteur admet que des poussées successives de vésicules se renouvelant pendant trois ans à la paume de la main sur les faces latérales du médius et dans le prolongement de son axe sont de nature tropho-névrotique.

B. — ÉTUDES SUR LES HERPÈS ET LES ÉRYTHÈMES

137. — *Rechute de pneumonie avec poussée d'herpès au niveau d'un zona antécédent de la cuisse.*

(*Société médicale des hôpitaux*, 1901.)

Il ne s'agit pas d'un herpès fébrile; par les caractères, les localisations et le mode de distribution des vésicules, cette

plaque herpétique offrait un aspect identique à celui d'un zona dont le malade avait été atteint un mois auparavant et dont les manifestations s'étaient complètement effacées; elle ne s'accompagna, cette fois, d'aucune douleur; il est probable que les pneumocoques, ou leurs toxines, ont trouvé dans les cellules nerveuses intéressées lors du premier zona un *locus minoris resistentiæ*.

138. — *Sur un cas d'herpès phlycténoïde avec gangrène des muqueuses buccale et pharyngée.*

(En collaboration avec M. Tuffier.)
(*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1882, p. 79-86.)

139. — *Note sur un cas d'érythème scarlatiniforme survenu dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu.*

(En collaboration avec M. Tuffier.)
(*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1881, p. 221-228.)

Ce rhumatisme s'est manifesté avec acuité simultanément du côté des jointures, de la peau, du poumon et du péricarde. La forme de la manifestation cutanée a été tout à fait exceptionnelle; on aurait pu, au premier abord, croire à une scarlatine; mais le fait que l'érythème s'est ravivé sur tout le corps, plusieurs jours après avoir pâli, les caractères de la desquamation et l'absence d'angine ont permis d'écarter ce diagnostic. Ce fait a été surtout remarquable par l'abondance énorme et la persistance de la desquamation; il a présenté beaucoup d'analogie avec plusieurs des cas publiés sous le nom de dermatite exfoliatrice aiguë.

140. — *Sur un cas de dermatite scarlatiniforme hémorrhagique avec complications cardiaques.*

(Avec M. Brodier, S. F. D., 1891.)

Comme fait nouveau, les auteurs ont constaté que les accumulations de pigment hématique constituant les pétéchies se

trouvent au bout d'un certain temps contenues exclusivement dans l'épiderme; elles disparaissent avec les squames lorsque celles-ci s'éliminent : c'est que, dans le derme, leur foyer initial, les mouvements de nutrition et de circulation en ont amené la résorption, tandis que, dans l'épiderme, elles se sont trouvées à l'abri de ces influences.

141. — *Herpès fébrile ou zona double.*

(Avec M. Barié, S. F. D., 1893.)

C. — ÉTUDES SUR LES ACNÉS

142. — *Sur deux formes d'acné cornée.*

(Avec M. Jeanselme, S. F. D. 1895.)

143. — *Nouveau cas d'acné kératique de Tenneson.*

(Avec M. Macrez.)
(*Ibid.*)

144. — *Des acnés et, plus particulièrement, des acnés vulgaires.*

(*Semaine médicale*, 1896.)

L'acné vulgaire coïncide fréquemment avec un état séborrhéique des plus prononcés; il est probable que, l'un et l'autre reconnaissant une même cause prochaine : ils représentent des modes de réaction différents des appareils pilo-sébacés; divers microcoques, et particulièrement le fin bacille d'Unna-Sabouraud, y trouvent un terrain favorable.

L'acné menstruelle s'explique par la genèse de toxines sous l'influence de la maturation ovulaire.

Il faut distinguer deux formes principales d'acné cornée : dans l'une, les lésions sont acquises, agminées, et ont une évolution; dans l'autre, les lésions restent isolées et indéfiniment stationnaires.

D. — ÉTUDES SUR LES TUBERCULIDES

145. — *Sur une forme suppurative de lupus tuberculeux.*

(En collaboration avec M. Wickham.)
(*Congrès pour l'étude de la tuberculose* et S. F. D., 1888.)

Les examens histologiques et les cultures ont établi que, dans ce cas, les suppurations du lupus n'étaient dues, ni à la présence de microbes dits pyogènes, ni à l'action directe des bacilles tuberculeux. Les auteurs ont été ainsi conduits à en rechercher la cause prochaine ailleurs que dans l'action directe des microbes; ils ont admis que les bacilles engendrent, aux dépens du milieu organique dans lequel ils se développent, des produits qui exercent une action irritante sur les tissus voisins et peuvent en amener la suppuration. *Si les bacilles sont les agents essentiels de la tuberculose et seuls capables de la transmettre, ils n'en produisent, selon toute vraisemblance, les lésions qu'indirectement, par l'intermédiaire de substances chimiques résultant de leur mouvement nutritif et de l'action qu'il exerce sur le milieu dans lequel ils se développent.*

146. — *Sur la genèse des suppurations tuberculeuses.*

(*Congrès pour l'étude de la tuberculose*, 1891.)

L'auteur exprime de nouveau l'opinion que les bacilles provoquent très vraisemblablement ces suppurations par l'intermédiaire des substances chimiques qu'ils engendrent. Les résultats des injections de lymphe de Koch apportent de nouveaux arguments en faveur de cette manière de voir; l'auteur les a vues, en effet, amener de la suppuration dans des conditions multiples et très diverses : or, cette lymphe est stérilisée; son action ne peut donc être que purement chimique.

147. — *Des tuberculoses cutanées distinctes du lupus vulgaire.*

(*Congrès de Londres*, 1896.)

148. — *Même travail complété et augmenté.*

(*Revue de la tuberculose*, 1897.)

149. — *Lupus érythémateux anormal, folliclis, ou type morbide nouveau.*

(Avec M. Le Damany, S. F. D. 1896.)

150. — *Un nouveau cas de folliclis, et ses rapports possibles avec la tuberculose.*

(Avec M. Bureau, *ibid.*)

151. — *Deuxième note sur le même sujet.*

152. — *Genèse et rôle pathogénique des folliculites disséminées chez les tuberculeux.*

(*Ibid.*)

153. — *Nature tuberculeuse du lichen scrofulosorum.*

(*Ibid.* 1893.)

154. — *Sur un cas typique de lichen scrofulosorum.*

(Avec M. Bureau, *ibid.*, 1895.)

155. — *Même sujet.*

(*Ibid.*)

Dans ces diverses publications, l'auteur a démontré que le champ des tuberculoses cutanées doit être très notablement agrandi; il a établi, par la clinique, qu'il faut y faire entrer le

lichen scrofulosorum, les folliclis, les acnés dites des cachectiques, les folliculites disséminées ou agglomérées en placards, ainsi que les tuberculides qu'il a dénommées, l'une acnéiforme et nécrotique, l'autre érythémato-tuberculeuse et, enfin, comme l'ont vu MM. Hutchinson et Besnier, les lupus érythémateux.

Ces dernières altérations sont dues vraisemblablement à une forme de contage distincte du bacille et engendrant des toxines également distinctes.

Les tuberculides précédemment énumérées peuvent présenter la structure des lésions tuberculeuses; elles ne sont, ni destructives, ni hétéro-inoculables; elles sont, pour la plupart, susceptibles d'être provoquées par la tuberculine; leurs diverses formes peuvent coïncider.

156. — *Sur un cas probable de lupus ulcéreux et végétant, avec déformation en groin de la face.*

(Avec M. Jeanselme, S. F. D. 1895.)

157. — *Sur deux cas de lupus érythémateux à localisations anormales.*

(Avec M. J. Monod, *ibid.*)

158. — *Sur un cas de lupus érythémateux acnéique de forme destructive avec suppurations folliculaires.*

Il résulte de ces publications que le lupus érythémateux peut devenir végétant; que cette forme végétante peut coïncider avec des dépressions considérables; qu'il peut se produire concurremment des lésions acnéiformes remarquables par l'intensité du processus destructif, et qu'il peut survenir aussi simultanément des suppurations folliculaires.

159. — *Des trêves dans les manifestations cutanées de la tuberculose.*

(*Congrès de la tuberculose*, 1894.)

Ces trêves peuvent se produire dans presque toutes les formes de tuberculose cutanée ; elles sont plus fréquentes dans le lichen scrofulosorum, ainsi que dans les manifestations consécutives aux tuberculoses profondes.

160. — *Sur un cas de tuberculides acnéiformes et nécrotiques.*

(Avec M. Bureau, S. F. D. 1897, p. 172.)

161. — *Deuxième note sur le même sujet.*

(*Ibid.*, p. 45.)

162. — *Sur un nouveau cas de tuberculides acnéiformes et nécrotiques.*

(S. F. D. 1899, p. 224.)

Cette éruption ressemble à la folliclis et coïncide avec elle ; elle en diffère surtout par son siège plus superficiel et sa localisation en placards disséminés dans la partie sous-ombilicale du corps. L'histologie y dénote l'existence de nodules identiques à ceux de la tuberculose, mais sans bacilles.

On conçoit que les toxines tuberculeuses puissent aller déterminer, dans les diverses parties du tégument où elles sont entraînées par la circulation, des lésions histologiques semblables à celles qui caractérisent ces nodules. Ces toxines présentent des propriétés différentes suivant qu'elles émanent des poumons, des ganglions, des os ou de la peau ; elles peuvent ainsi provoquer des réactions différentes des follicules pilo-sébacés.

163. — *Sur la genèse du lichen scrofulosorum et d'autres tuberculides.*

(S. F. D., 1891.)

L'auteur a montré antérieurement que la disposition des papules de ce lichen autour de foyers lupiques établit sa nature tuberculeuse : il s'agit, selon toute vraisemblance, d'une *toxi-tuberculide*. En effet, on n'y trouve des bacilles que très exceptionnellement; on est en droit de dire qu'il s'agit là de bacilles aberrants : leur présence peut expliquer les cas tout à fait exceptionnels d'inoculation avec succès. Ce lichen diffère essentiellement, par son évolution, des tuberculides bacillaires; ses papules ne se caséifient jamais et elles peuvent subir, en peu de jours, une évolution rétrograde; elles ne se multiplient pas par auto-inoculations; la tuberculine peut les engendrer.

164. — *Sur un nouveau cas de toxi-tuberculides agminées.*

(Avec M. Lemierre, S. F. D., 1901, p. 82.)

165. — *Sur un cas de tuberculides papulo-pustuleuses.*

(S. F. D., 1901.)

Il diffère des toxi-tuberculides papulo-érythémateuses par ce fait que les boutons y sont surmontés de pustulettes.

166. — *Des tuberculides.*

(*Congrès de Paris*, 1900.)

167. — *Caractères différents des tuberculides suivant les régions où elles se développent.*

(Académie de médecine, 1899.)

168. — *Sur deux cas de tuberculides à caractères et localisations différant suivant les régions où elles se développent.*

(Avec M. Paul Hallopeau, S. F. D., 1899, p. 315.)

Dans ce fait l'agent infectieux s'est comporté différemment et a provoqué des réactions diverses suivant les régions où il s'est transporté, alors que, presque partout, les gommes tuberculeuses n'ont donné lieu qu'à des ulcérations circonscrites suivies tôt ou tard de cicatrices : il s'est développé au poignet une tuberculose scléreuse, type Riehl-Paltauf ; à la jambe, une lymphangite chronique avec sclérème, éléphantiasis et semis de nodules tuberculeux ; au pied, enfin, une tuberculose envahissante, ulcéreuse, végétante et suppurative qui a amené d'énormes déformations. Chacune des régions envahies a donc constitué un milieu de culture essentiellement différent pour l'agent infectieux.

169. — *Recherches sur la nature d'un lupus érythémateux.*

(En collaboration avec M. Jeanselme.)
(*Congrès pour l'étude de la tuberculose*, 1891.)

La clinique permet d'établir des relations très fréquentes entre les différentes formes de lupus érythémateux et la tuberculose ; il est donc très vraisemblable que, conformément à l'opinion de M. E. Besnier, cette affection est un produit de l'infection tuberculeuse ; s'il n'est pas inoculable, c'est que l'activité contage y est très atténuée.

170. — *Sur l'évolution d'un lupus érythémateux exanthématique en foyers multiples.*

(S. F. D., 1891.)

171. — *Sur un cas de lupus pernio avec considérations sur la nature de cette maladie.*

(Avec M. Villaret, juin 1901, p. 275.)

Il y a vraisemblablement, dans cette maladie, combinaison de deux influences morbides distinctes, d'une part une angionévrose qui est la cause principale des troubles de vascularisation, d'autre part une tuberculose pour laquelle ces troubles vasculaires constituent un terrain favorable.

172. — *Sur un lupus érythémateux développé dans le cours d'une sclérodermie avec asphyxie locale des extrémités et gangrène des phalanges chez une tuberculeuse.*

(Avec M. Trastour, S. F. D., 1901.)

173. — *Sur un cas de lupus érythémateux anormal.*

(Avec M. Bouchot, S. F. D., 1902.)

174. — *Études de malades et de moulages de l'hôpital Saint-Louis au point de vue des toxi-tuberculides.*

(*Congrès de la tuberculose* et *Tribune médicale*, 1898.)

175. — *Action curative de l'érysipèle sur le lupus.*

(S. F. D., 1895.)

176. — *Nouveau cas d'amélioration durable d'un lupus par l'érysipèle.*

(Avec M. Bureau, *ibid.*)

177. — *Action des toxines streptococciques sur le lupus.*

(Avec M. Roger, *Presse médicale*, 1896, n° 29.)

Les observations de l'auteur démontrent que les érysipèles intercurrents peuvent amener la guérison du lupus ; elles l'ont

conduit à pratiquer avec M. Roger des inoculations de cultures streptococciques dans des foyers lupiques. Ces inoculations ont produit de notables améliorations, mais lentement et sans arriver à la guérison complète.

178. — *Cicatrisation rapide de larges et nombreuses ulcérations lupiques du visage et des membres sous l'influence d'un érysipèle limité à la face.*

(S. F. D., 1901, p. 109.)

Il y a lieu d'admettre que les toxines engendrées dans la peau du visage par les streptocoques érysipélateux ont exercé une action sur les bacilles tuberculeux cantonnés dans les membres ; on peut se demander si une semblable action à distance ne pourrait pas s'exercer également sur les tuberculoses viscérales et s'il ne serait pas indiqué de chercher à traiter la phtisie pulmonaire par l'injection de cultures streptococciques.

179. — *Rapport à l'Académie sur un travail de M. Butte intitulé « Traitement du lupus tuberculeux par le permanganate de potasse ».*

180. — *Traitement des tuberculoses cutanées par les applications locales de permanganate de potasse.*

(Avec M. Lemierre, S. F. D., 1901, p. 112.)

181. — *Présentations de lupiques traités par le permanganate de potasse.*

(S. F. D., 1901, p. 151.)

182. — *Résultats comparatifs du traitement du lupus par la photothérapie et par le permanganate de potasse.*

(Avec M. Fouquet, A. D., novembre 1901, p. 407.)

183. — *Nouvelle note sur le même sujet.*

(A D., décembre 1901, p. 450.)

184. — *Action du permanganate de potasse sur un lupus invétéré de la jambe.*

(Avec M. Fouquet, 1902, p. 7.)

185. — *Guérison d'un lupus invétéré par le permanganate de potasse.*

(S. F. D., mai 1902.)

Le traitement du lupus par le permanganate de potasse a donné constamment à l'auteur les meilleurs résultats : il l'a employé, tantôt, suivant le procédé de M. Butte, en solution au cinquantième appliquée chaque jour durant un quart d'heure; tantôt en solution plus faible appliquée en permanence; tantôt en poudre après ou sans scarifications préalables. Dans tous les cas, il s'est produit une notable amélioration ; elle n'a pas porté seulement, comme on l'a dit, sur les infections superficielles associées, ni sur les nodules à fleur de derme, car on a vu se former de larges îlots de cicatrice profonde dans des nappes lupiques anciennes et, dans un cas, la guérison a été certainement complète, car M. Berger a pu faire une autoplastie; or, il s'agissait d'un lupus ancien et très étendu ; on peut dire dès à présent que ce mode de traitement marche de pair avec la photothérapie.

186. — *Sur l'emploi thérapeutique de la lymphe de Koch.*

(S. F. D., février 1891.)

L'auteur expose les résultats que lui a donné l'emploi de la lymphe de Koch chez seize malades qu'il a traités avec ses collègues de l'hôpital Saint-Louis réunis en commission.

Il formule les conclusions suivantes :

La dose indiquée par Koch est de dix à vingt fois trop élevée.

Contrairement aux assertions de Koch, les malades qui réagissent avec intensité accusent pour la plupart les sensations les plus pénibles. Il est inexact que l'on puisse, comme l'a affirmé Koch, injecter impunément le liquide à doses rapidement croissantes ; la tolérance peut, au contraire, être longue à s'établir. C'est à tort que Koch attribue à son liquide une action exclusive sur les lésions tuberculeuses. Le liquide de Koch est un agent pyrétogène et phlogogène d'une grande puissance : à ces deux titres, il peut donner lieu aux plus graves accidents. L'action phlogogène s'exerce en toute évidence sur les foyers lupiques, mais elle ne leur est pas circonscrite ; l'auteur a vu se produire, sous son influence, une éruption de pustules disséminées sur le tronc et une endocardite qu'il a été en droit de rapporter à l'action de la lymphe ; il en est résulté une insuffisance mitrale et aortique avec rétrécissement aortique ; cette action phlogogène peut donc s'exercer sur l'endocarde et donner lieu à des lésions indélébiles. Elle peut également entraîner la production d'abcès volumineux. La médication, même restreinte aux doses les plus minimes, n'est pas inoffensive. Ces injections si dangereuses ne guérissent pas le lupus.

Les conclusions relatives à l'emploi de la lymphe de Koch dans le traitement des tuberculoses locales doivent être presque complètement négatives.

187. — *Sur un cas de mort et un cas d'ophthalmie grave consécutifs à l'emploi de la lymphe de Koch.*

(S. F. D., février 1891.)

Un des malades traités par les injections de tuberculine a succombé deux mois après leur cessation ; sa situation avait commencé à s'aggraver alors qu'il était sous leur influence ; elles

ont provoqué le développement de volumineux abcès qui ont amené un état d'adynamie profonde; il s'est produit alors une poussée aiguë et terminale de granulations miliaires. Chez un autre malade, atteint de lèpre tuberculeuse, il s'est manifesté, alors qu'il était sous l'influence des injections, des kératites ponctuées en même temps que du glaucome.

188. — *Sur la persistance des effets de la tuberculine chez deux malades atteints de lupus.*

(*Ibid.*, novembre 1891.)

Contrairement à ce que l'on avait dû penser, en raison de la rapidité avec laquelle reparaissaient les nodules tuberculeux après les injections de lymphe de Koch, les modifications qu'elles produisent dans les caractères des lupus peuvent être durables. Un lupus qui avait présenté, jusqu'au jour où il a été traité par les injections de tuberculine, un caractère végétant d'une intensité exceptionnelle et résistait depuis plus de quatre ans aux traitements les plus énergiques, est devenu presque complètement lisse depuis lors; il est loin d'être guéri, mais il est évidemment et profondément modifié. Il en est de même du lupus tuberculeux végétant d'un autre malade. Il est très vraisemblable que les violentes réactions provoquées par la tuberculine laissent à leur suite, dans la nutrition des tissus, des modifications persistantes qui en font un terrain moins bon pour la culture des bacilles. Ce n'est pas à dire qu'il faille modifier les conclusions négatives en ce qui concerne l'emploi thérapeutique de la lymphe de Koch; les deux malades ont, en effet, gravement souffert de l'action du virus; les améliorations locales ont été contre-balancées par de très sérieuses complications. L'auteur est amené à dire de nouveau : il faut renoncer à l'emploi de la tuberculine aussi longtemps que l'on n'aura pu parvenir à isoler son action curative de son action nocive, car l'on n'est jamais certain que celle-ci sera suffisamment compensée par celle-là.

E. — ÉTUDES SUR LES ECZÉMAS ET LA SÉBORRHÉE

189. — *Nature parasitaire de l'eczéma.*

(*Congrès de Paris*, 1900.)

Elle est démontrée, en ce qui concerne l'eczéma professionnel, par les auto-inoculations.

190. — *Eczéma végétant à progression excentrique.*

(S. F. D., 1894.)

191. — *Des eczémas dits séborrhéiques.*

(*Semaine médicale*, 1895.)

192. — *Sur l'eczéma séborrhéique.*

(*Réunions cliniques de Saint-Louis* et S. F. D., 1889.)

L'auteur admet que l'élimination des matières grasses par les glandes sébacées et sudoripares peut donner lieu, suivant les modes de réaction différents des sujets, à différentes variétés d'eczéma ou d'acné.

193. — *Érythrodermie généralisée post-eczémateuse.*

(Avec M. Bouchot, S. F. D., décembre 1901, p. 495.)

194. — *Même sujet.*

(S. F. D., 1902.)

195. — *Eczéma séborrhéique.*

(*Congrès de dermatologie infantile*, Nantes, 1901.)

196. — *Alopécie et séborrhée.*

(S. F. D., 1897.)

La séborrhée n'est pas par elle-même d'origine parasitaire, mais elle constitue un terrain favorable au développement de parasites; ces parasites peuvent différer dans les différentes parties de l'organisme en raison des variations individuelles et régionales dans la composition chimique du flux graisseux: d'où les formes multiples des dermatoses liées à la séborrhée.

Il n'est ni démontré, ni probable que le fin bacille découvert dans la séborrhée par MM. Unna et Sabouraud soit la cause prochaine de la pelade, ni que cette maladie soit identique à la séborrhée.

Chez des sujets prédisposés, sous une influence indéterminée ou par le fait d'une alimentation trop riche en matières grasses ou productrices de graisse, la graisse excrétée par les glandes de la peau s'altère et devient un terrain de culture favorable pour des microbes de nature variée qui peuvent donner lieu, soit au pityriasis alba, soit à différentes formes d'eczéma, soit à une variété de psoriasis, soit à de la rosacée, soit à des folliculites suppuratives, soit à une dermite végétante, soit au pityriasis rubra pilaire, soit à des acnés.

Dans la forme pustuleuse végétante et dépilante de l'eczéma séborrhéique, l'éruption peut occuper simultanément le cuir chevelu, la région présternale, les ailes du nez et le fourreau de la verge; elle offre, dans ces diverses localisations, des caractères divers: au cuir chevelu et à la face, elle se présente sous forme de placards rouges et suintants avec foyers de suppurations miliaires; ces placards y deviennent végétants; les plaques présternales offrent les caractères typiques de l'eczéma séborrhéique de cette région; les plaques inguinales sont constituées par des soulèvements épidermiques, à progression excentrique, qui s'exfolient dans leur partie médiane, puis s'étendent sous la

forme d'un rebord d'un à deux millimètres de rayon; ces foyers mesurent plusieurs centimètres de diamètre.

ÉTUDES SUR LES URTICAIRES

197. — *Sur la physiologie pathologique du dermographisme.*

(Avec M. Jacquinet, Association française pour l'avancement des sciences, 23e session 1893.)

Les conclusions de ce travail sont les suivantes : 1° les sensations ortiées qui accompagnent le plus souvent le dermographisme sont liées aux troubles vaso-moteurs qui constituent la cause prochaine de l'éruption; elles n'en sont pas la cause, mais l'effet; 2° cette proposition est très vraisemblablement applicable à toutes les espèces d'urticaire; 3° le dermographisme ne semble pas être constamment d'origine toxique; 4° il peut s'accompagner d'une hyperthermie locale dépassant un degré et demi.

198. — *Éruption urticarienne pigmentée simulant la lèpre.*

(Avec M. Marcel Sée, juillet 1901, p. 374.)

199. — *Sur un cas d'urticaire pigmentée publiée antérieurement comme un cas probable de lèpre.*

(S. F. D., 1898, p. 308.)

200. — *Sur une urticaire pigmentée en bandes transversales avec cicatrices.*

(S. F. D, 1896.)

201. — *Sur un cas probable d'urticaire persistante.*

(Avec M. Bouchot, A. D., décembre 1901.)

202. — *Des urticaires.*

(*Semaine médicale*, 1894.)

203. — *Urticaires pigmentées.*

(*Le Musée de l'hopital Saint-Louis*, n° 49.)

Une nouvelle forme d'urticaire persistante est décrite avec la qualification de lichénoïde ; elle est constituée par des nodules miliaires agglomérés présentant, dans leur centre, une dépression punctiforme ; de consistance ferme, ils deviennent plus saillants et plus volumineux sous l'influence du grattage.

L'urticaire pigmentée peut être disposée, au niveau du tronc, en traînées transversales.

L'évolution rétrograde des éléments de cette dermatose peut donner lieu à la production de macules atrophiques représentant de véritables cicatrices.

ÉTUDES SUR LES TUMEURS ET LES MALFORMATIONS

204. — *Sur un cas de sarcomes mélaniques primitivement localisés au membre inférieur.*

(Avec M. Gardner.)

205. — *Autopsie d'un sarcome mélanique.*

(Avec M. Léri, S. F. D., 1899, p. 308.)

1° La localisation initiale à l'un des orteils et l'intensité de son développement semblent indiquer que cet organe a été la porte d'entrée de la maladie ;

2° La profession du sujet l'amenant à marcher parfois pieds nus, il est possible qu'il se soit inoculé un agent générateur du néoplasme ;

3° Cette propagation s'est faite surtout par la voie lymphatique; on en a pour témoins les indurations multiples que l'on perçoit à la partie supérieure de la cuisse sur le trajet de ces vaisseaux; elles rappellent par leur disposition ce que l'on observe dans les lymphangites gommeuses ascendantes de la tuberculose;

4° Les ganglions peuvent faire momentanément obstacle à la généralisation dé la maladie; le volume et le nombre des adénopathies inguinales montrent que cette défense de l'organisme a été des plus actives;

5° La lésion initiale présente une grande puissance de destruction; la phalange, profondément ulcérée, menace de se détacher;

6° Les nodules sont remarquables par leur dureté;

7° Les douleurs sont d'une grande intensité, et elles rappellent celles du *tabes;* elles sont dues, en toute évidence, à la compression des filets nerveux sensitifs par ces néoplasmes si durs.

Les auteurs ont trouvé, à l'autopsie, de nombreuses néoplasies dans les poumons, les reins, le cerveau et la plupart des ganglions; les nodules étaient, les uns mélaniques, les autres non mélaniques; l'absence de mélanose dans une partie de ces néoplasmes secondaires est un fait digne d'intérêt : il montre que la matière colorante n'a pas, comme on pourrait le penser, le rôle essentiel dans leur genèse et qu'elle est due, selon toute vraisemblance, à l'activité nutritive des éléments parasitaires s'exerçant dans certains milieux.

206. — *Adénomes sébacés à forme scléreuse ; unité des affections comprises sous les noms d'adénomes sébacés, de nævi vasculaires verruqueux.*

(Avec M. Leredde, S. F. D., 1895.)

207. — *Hydrocystome et cystadénome.*

(*Ibid.*)

208. — *Diagnostic d'une tumeur de la face.*

(S. F. D., 1898, p. 26.)

209. — *Sur une tumeur de l'orbite.*

(*Ibid.*)

210. — *Sur trois cas d'ulcus rodens.*

(Avec M. Jousset, S. F. D., 1896.)

211. — *Épithéliome greffé sur un lupus.*

(Avec M. Brodier, S. F. D., 1893.)

212. — *Sur un cas de macules ichthyosiques.*

(Avec M. Léri, S. F. D. 1899, p. 311.)

Après disparition des squames, il persiste des macules brunâtres, linéaires, anastomosées en réseau, formant des cercles concentriques autour des articulations.

213. — *Action des jarretières, et, d'une manière générale, des compressions persistantes sur l'ichthyose.*

(Avec M. Fouquet, juillet 1901, p. 377.)

Une pression très modérée, mais persistante, peut suffire à faire disparaître, aussi longtemps qu'elle est continuée, une ichthyose cornée des plus intenses; on peut en conclure que les altérations nutritives auxquelles répondent ces productions cornées si volumineuses sont en réalité beaucoup moins profondes qu'on ne pourrait le penser au premier abord, et que le processus de rénovation de l'épiderme n'y est que légèrement modifié. Nous ajouterons qu'il y a là l'indication d'un nouveau traitement de l'ichthyose.

214. — *Sur un hydradénome compliqué d'épithélioma vulgaire.*

(S. F. D., 1891.)

215. — *Neuro-fibromes multiples.*

(*Ibid.*)

216. — *Sur un cas de sarcomes du voile du palais et du pharynx.*

(*Ibid.*)

L'histoire de ce malade conduit l'auteur à formuler les propositions suivantes:

Contrairement à la règle, des tumeurs sarcomateuses peuvent se développer successivement et symétriquement dans les deux amygdales, en même temps que sur les piliers du voile du palais et la paroi postérieure du pharynx; elles peuvent, lorsqu'elles occupent les amygdales, s'ulcérer en forme de croissant à concavité interne et simuler alors, par leur configuration en même temps que par leur grande dureté, une localisation gutturale d'un rhino-sclérome.

Le diagnostic différentiel ne peut être établi, pendant longtemps, que par les résultats négatifs des recherches bactériologiques et par l'examen histologique : c'est de même la biopsie qui permet de différencier ce néoplasme d'un épithéliome.

217. — *Sur un cas de déformations cicatricielles de la voûte palatine, de la langue, du nez et des paupières survenues consécutivement à des sarcomes guéris par un érysipèle intercurrent.*

(Avec M. Galippe, S. F. D., 1898, p. 409.)

218. — *Sur un cas de nævus angiomateux de l'avant-bras avec hypertrophie et hyperkératose.*

(Avec M. Trastour, S. D. F., 1900, p. 150.)

219. — *Lymphangiome avec atrophie d'un membre.*

(Avec Paul Hallopeau.)

(*Congrès de médecine de Toulouse*, 1902.)

Il y a un contraste entre ces deux faits relativement à la nutrition des parties atteintes: le lymphangiome a amené l'atrophie, l'angiome à sang rouge l'hypertrophie du membre qui en a été le siège.

220. — *Sur un cas de nævi kérato-pilaires distribués suivant des trajets nerveux.*

(*Bulletins de la Société clinique* et *France médicale*, 1891.)

Les nævi peuvent intéresser plus particulièrement les glandes pilo-sébacées et mériter le nom de kérato-pilaires : bien que d'origine embryonnaire, ils peuvent continuer à se développer pendant l'enfance et pendant la jeunesse ; ils peuvent prendre l'aspect lichénoïde.

221. — *Les nævi.*

(Leçon clinique publiée dans le *Progrès médical*, juillet 1891.)

Les altérations que l'on doit faire rentrer dans le cadre des *nævi* sont beaucoup plus nombreuses qu'on ne l'a dit jusqu'ici ; la division des nævi en pigmentés et vasculaires est tout à fait insuffisante. On doit comprendre parmi les nævi, comme l'a établi Pollitzer, toutes les néoplasies cutanées d'origine embryonnaire ; ces néoplasies peuvent n'apparaître en totalité ou en partie que longtemps aprés la naissance ; l'hyperplasie embryon-

naire de chacun des éléments qui entrent dans la constitution de la peau peut donner lieu à autant de variétés de nævi. *Parmi les nævi non décrits jusqu'ici, il faut compter les nævi cornés des orifices sudoripares et les nævi pilo-folliculaires ;* parmi les néoplasies considérées jusqu'ici comme distinctes des nævi et qui doivent leur être rattachées, il faut ranger, non seulement avec Brocq, le molluscum vrai, mais aussi les adénomes sébacés et sudoripares, les hydradénomes, une partie des kératodermies et des lymphangiomes cutanés. Les nævi peuvent être, comme l'a montré Philippson, disposés en traînées qui correspondent aux limites de territoires nerveux voisins ; on peut s'en expliquer alors la production par la superposition des actions trophonévrotiques appartenant aux rameaux anastomosés. Les nævi peuvent exceptionnellement suivre une évolution, rétrocéder ou s'étendre ; ils constituent parfois des lieux de moindre résistance et peuvent particulièrement devenir le point de siège d'inflammations eczémateuses ; ils peuvent aussi dégénérer et être le point de départ d'épithéliomes ou de sarcomes ; leurs formes verruqueuses sont souvent confondues avec des eczémas. On doit attacher une grande importance, au point de vue du diagnostic, à leur disposition en longues séries linéaires : elle ne leur appartient cependant pas exclusivement.

222. — *Nouveau cas de nævi fibromateux.*

(Avec M. Fouquet, A. D., juin 1901, p. 278.)

La dénomination de neuro-fibromatose a été à tort appliquée à cette maladie ; les rameaux nerveux n'en sont pas nécessairement le point de départ.

223. — *Nævus lichénoïde et séries linéaires correspondant aux lignes de Voigt.*

(Avec M. Jeanselme, S. F. D., 1893.)

224. — *Nævi systématisés métamériques.*

(Avec M. Weill, S. F. D., 1897.)

Nous avons constaté dans ce fait la localisation métamérique d'une malformation embryogénique.

225. — *Nature des xanthomes et cause prochaine de leurs localisations.*

(*Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences.* Besançon, 1893.)

Les xanthomes constituent des néoplasies bénignes d'origine embryonnaire; ils doivent être rangés parmi les nævi: les altérations humorales qui peuvent les compliquer en sont, non les causes, mais les conséquences; leur structure offre les plus grandes analogies avec celle des nævi pigmentaires; on les a vus se développer sur un nævus : ils peuvent se localiser comme les nævi en séries linéaires correspondant à des sphères de distribution nerveuse; la prétendue régression des xanthomes diabétiques n'est qu'une apparence.

L'étude des localisations des nævi suivant les métamères est venue jeter un jour tout nouveau sur leur nature: les malformations congénitales s'expliquent de même.

226. — *Xanthome tubéreux diabétique.*

(Avec MM. Emery et Léri, S. F. D., 1899.)

Fait intéressant par l'aspect des éléments initiaux qui rappelle celui des pustulettes miliaires, par l'existence de saillies avec soulèvement épidermique simulant la collerette de Biett, la petitesse et la multiplicité des éléments et l'existence de lésions buccales caractéristiques.

227. — *Sur une tumeur de l'orbite avec énucléation partielle de l'œil.*

(Avec M. Trastour, S. F. D., 1900, p. 224.)

228. — *Féminisme chez un géant, dû vraisemblablement au développement de varices pelviennes.*

(S. F. D., 1899.)

Le malade assure que l'atrophie de ses testicules et le développement de ses seins sont survenus à la suite d'une phlébite fémorale et pelvienne qui a amené le développement d'énormes varices sus-pubiennes et scrotales.

229. — *Sur un nouveau cas de féminisme.*

(Avec M. Léri, S. F. D., 1899.)

Le jeune homme qui fait l'objet de cette observation portait les stigmates d'une syphilis héréditaire ; on est donc en droit de rattacher, conformément aux vues exprimées par MM. A. et E. Fournier, ce féminisme à cette maladie. Vraisemblablement, la syphilis a atteint les testicules dans leur germe embryonnaire, et cette altération a entraîné l'ensemble des modifications caractéristiques de ce vice de développement.

230. — *Malformation cranienne.*

(Avec M. Fouquet, S. F. D., mars 1902.)

231. — *Sur un cas de malformations des doigts et des orteils.*

(Avec M. Monod, S. F. D., 1895.)

232. — *Sur une parakératose généralisée des ongles.*

(Avec M. Le Damany, *Ibid.*)

233. — *Sur une forme atténuée de la maladie dite ichthyose fœtale.*

(Avec M. Watelet, S. F. D., 1892.)

234. — *Sur un cas d'ichthyose vraie localisée et symétrique.*

(Avec M. Guibal, S. F. D., 1898, p. 222.)

Ce fait est en contradiction avec la théorie toxique de Tommasoli.

235. — *Sarcomatose cutanée, consécutive à une sarcomatose ganglionnaire.*

(A. D., 1889.)

236. — *Sur la maladie de Paget.*

(A. D., 1889.)

Il faut chercher la cause des caractères spéciaux de cette maladie dans les organes spéciaux qui appartiennent aux parties où elle siège, c'est-à-dire dans les conduits galactophores. Il s'y développe un épithéliome qui, en raison de cette localisation, présente des caractères particuliers et entraîne le développement d'une dermite à caractères également propres et distincte de l'eczéma.

237. — *Sur une récidive d'épithelioma du nez épargnant les lambeaux autoplastiés.*

(S. F. D., 1900, p. 71.)

238. — *Sur un cas de lipomes multiples simulant des tumeurs de la parotide et du corps thyroïde.*

(Avec M. Jeanselme, S. F. D., 1893.)

239. — *Sur un cas de corne unguéale.*

(S. F. D., 1893.)

F. — ÉTUDES SUR LES INFLAMMATIONS CUTANÉES

240. — *Infections suppuratives, abcès cutanés et sous-cutanés récidivants chez les jeunes enfants.*

(S. F. D., 1894.)

La peau des enfants du premier âge offre un bon terrain de culture aux microbes vulgaires de la suppuration et, particulièrement, au staphylocoque doré : elle peut devenir le siège, à la suite d'irritations accidentelles, de suppurations multiples qui envahissent toute la surface du corps et se renouvellent pendant des mois. Il peut se développer simultanément des abcès sous-cutanés; il n'y a pas lieu d'invoquer, en pareils cas, une cause générale; il n'y a pas de pyoémie : il s'agit d'auto-inoculations dont les portes d'entrée sont, selon toute vraisemblance, les orifices glandulaires. Le fait est de toute évidence lorsque les suppurations affectent les caractères des hydrosadénites de Verneuil; le siège profond des glandes sudoripares peut expliquer la production d'abcès sous-cutanés. La maladie peut se développer exceptionnellement chez l'adulte.

241. — *Ecthyma térébrant de l'enfance.*

(*Musee de l'hôpital Saint-Louis*, iconographie avec texte explicatif, n° 20.)

242. — *Eczéma avec folliculites suppuratives dépilantes et tuméfaction de la région sous-narinaire.*

(Avec M. Laffitte, S. F. D., 1899, p. 436.)

243. — *Blennorrhagie précoce.*

(*Congrès de Nantes*, 1901.)

244. — *Sur un cas d'arthropathies blennorrhagiques ayant nécessité l'amputation des deux gros orteils.*

(S. F. D., 1901, p. 47.)

245. — *Sur la guérison rapide d'un impétigo rebelle des lèvres par les scarifications linéaires.*

(S. F. D., 1890.)

L'impétigo des lèvres est fréquemment une affection rebelle aux traitements; il en était ainsi depuis trois ans chez un malade présenté par l'auteur; cherchant à modifier la nutrition de la membrane par une intervention active, l'auteur a eu recours aux scarifications pratiquées suivant la méthode de Vidal : il a suffi d'une séance pour modifier la situation; huit jours après, les croûtes, contrairement à ce qui se passait constamment depuis trois ans, ne s'étaient pas reproduites; on ne voyait à leur place que quelques squames. Deux autres séances de scarifications ont été pratiquées; depuis lors, le malade peut être regardé comme guéri. C'est un nouveau succès de la méthode introduite si heureusement dans la thérapeutique dermatologique par Vidal. Il montre qu'il suffit d'une modification peu profonde dans la nutrition d'une partie atteinte d'eczéma pour faire disparaître l'altération qui est la cause prochaine de cette éruption.

G. — ÉTUDES SUR LE PRURIGO

246. — *Prurigo simplex aigu et prurigo de Hebra.*

(S. F. D., 1894.)

Les poussées aiguës, qui se produisent une fois ou deux par an chez les sujets atteints de prurigo de Hebra, offrent, dans leurs caractères cliniques et leurs localisations comme dans leur structure, de grandes analogies avec celles du prurigo simplex aigu; ces états semblent appartenir à une même famille nosologique.

247. — *Sur un cas d'urticaire chronique, début probable d'un prurigo de Hebra.*

(S. F. D., 1892.)

H. — ÉTUDES SUR LE MYCOSIS FONGOÏDE

248. — *Le mycosis fongoïde.*

(Revue générale dans la *Revue des sciences médicales*, octobre 1888, p. 744-756.)

C'est un travail de critique, en même temps qu'un exposé des travaux récemment parus sur la question. Il s'agit très vraisemblablement d'une maladie infectieuse analogue par ses lésions à la tuberculose, à la syphilis et à la lèpre. On paraît l'avoir confondue plusieurs fois avec des cas de sarcomes cutanés multiples.

249. — *Sur un cas de mycosis fongoïde avec érythrodermie caractéristique et adénopathies localisées.*

(S. F. D., 1891.)

La disposition des placards érythrodermiques en larges plaques, l'intensité de la coloration et surtout l'épaississement notable que présente la peau à leur niveau ont une physionomie caractéristique. Malgré le prurit, il ne se développe pas de prurigo chez les mycosiques; ce fait peut s'expliquer par l'altération que subissent en pareil cas les papilles du derme. Les adénopathies concomitantes sont liées au développement des lésions cutanées; elles ne sont donc pas l'expression d'un trouble général de la nutrition.

250. — *Sur une érythrodermie chronique avec poussées aiguës, début probable d'un mycosis fongoïde.*

(*Ibid.*)

251. — *Communication sur l'érythrodermie prémycosique.*

(A. D., 1892, p. 282.)

L'auteur conclut ainsi qu'il suit :

1° Les poussées érythrodermiques du mycosis fongoïde peuvent être passagères et s'effacer sans laisser de traces appréciables ;

2° Il peut se produire, à leur suite, des troubles de la pigmentation caractérisés par l'apparition de macules noirâtres et de taches décolorées;

3° Elles peuvent entraîner aussi la formation de nodules miliaires constitués par des kystes épidermiques.

252. — *Sur un cas de mycosis fongoïde d'emblée, compliqué de gangrène massive avec dénudation du squelette.*

(Avec M. Phulpin, S. F. D., 1892.)

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

Les ulcérations des néoplasies mycosiques peuvent être consécutives à une gangrène massive et profonde des tissus ; elles peuvent mettre à nu le squelette : elles peuvent s'étendre par la progression continue excentrique du bourrelet qui les circonscrit et la destruction concomitante par sphacèle de sa partie interne; la zone d'envahissement de ces néoplasies peut être constituée par une auréole d'un rouge sombre et intense de plusieurs centimètres de diamètre; la peau est épaissie et œdémateuse à son niveau ; le diagnostic repose surtout sur la coexistence de néoplasies mycosiques non ulcérées d'aspect pathognomonique ; les caractères du bourrelet qui circonscrit l'ulcération, sa disposition en cercles ou fragments de cercles, la parfaite régularité de son contour et de ses bords, l'un convexe, l'autre abrupt, son extension par progression excentrique avec sphacèle concomitant de sa partie interne appartiennent également en

propre à ces néoplasies ; l'absence de prurit et d'adénopathies contribue à différencier ce mycosis fongoïde d'emblée des formes érythémateuse et mixte : l'oblitération par prolifération des endothéliums et thrombose des petits vaisseaux explique les gangrènes, si profondes et étendues, qui viennent compliquer cette forme.

253. — *2me note sur un cas de mycosis fongoïde d'emblée, compliqué de gangrène massive avec dénudation de squelette.*

(S. F. D., avril 1893.)

Le bourrelet caractéristique qui entoure la lésion et en constitue la zone d'envahissement continue à s'étendre excentriquement et à se détruire parallèlement par sphacèle dans sa partie interne.

La résection de ce bourrelet dans une partie de son étendue en a passagèrement enrayé les progrès ; mais il s'est, depuis lors, partiellement reformé avec les mêmes caractères.

La surface ulcérée diffère d'une membrane de bourgeons charnus par la production incessante de nouvelles plaques de sphacèle et la présence de saillies miliaires isolées ou conglomérées : ces saillies miliaires, rondes, translucides et fermes constituent les nodules élémentaires de la néoplasie : ils sont comparables aux granulations miliaires de la tuberculose ; *c'est la première fois qu'elles sont signalées.*

254. — *Sur un cas de mycosis fongoïde avec gangrène progressive, localisation palatine et induration scléreuse presque généralisée de la peau.*

(Avec M. Jeanselme, S. F. D., 1892.)

Ce fait montre qu'en l'absence d'érythrodermie généralisée la peau des mycosiques peut être le siège d'une induration scléreuse très marquée, d'un prurit intense et de nombreuses taches

pigmentées; il peut se développer dans les mêmes conditions des adénopathies volumineuses et multiples; ici encore les ulcérations sont entourées du bourrelet caractéristique qui a été décrit dans la note précédente, et elles s'étendent par la progression excentrique de ce bourrelet avec destruction simultanée de sa partie interne; les escharifications semblent liées à des oblitérations vasculaires; la fossette sus-amygdalienne peut être le siège de tumeurs mycosiques.

255. — *Deuxième note sur le même sujet: résultats de l'autopsie.*

(Avec M. Jeanselme, *Ibid.*)

Les productions adénoïdes étaient multiples et disséminées; elles occupaient la peau sous la forme de tumeurs et d'infiltrats en nappe, les muqueuses des premières voies, le voile du palais, la base de la langue et le larynx.

256. — *Nouvelles études cliniques sur le mycosis fongoïde.*

(*Congrès de Rome*, 1894.)

257. — *Sur trois cas de mycosis fongoïde.*

(Avec M. Salmon, S. F. D, 1895.)

258. — *Sur deux anciens et deux nouveaux cas de mycosis fongoïde.*

(Avec M. Guillemot, *Ibid.*)

259. — *Sur deux cas de lymphadénie avec éruptions prurigineuses.*

(Avec M. Prieur. *Ibid.*, 1896.)

260. —*Érythrodermie mycosique avec hyperkératose palmaire et plantaire et peut-être néoplasie initiale.*

(Avec M. Bureau, *Ibid.*, 1896.)

261. — *Mycosis fongoïde avee poussées bulleuses.*

(Avec M. Bureau, *Ibid*, 1897.)

262-263. — *Deuxième et troisième notes sur le même sujet.*

(*Ibid.*)

264. — *Sur un mycosis fongoïde avec masque spécial et prurigo.*

(Avec M. Bureau, *Ibid.*, 1897.)

265. — *Quatrième note sur un cas de mycosis.*

(Avec MM. Bureau et Weil, *Ibid*, 1897.)

266. — *Mycosis fongoïde d'emblée avec lésions aiguës multiformes.*

(Avec M. Besnier, *Ibid.*)

267. *Quatre cas, deux anciens et deux nouveaux de mycosis fongoïde.*

(S. F. D. 1897.)

268. — *Nouvelle étude sur un cas de mycosis fongoïde.*

(S. F. D. 1898, p. 35.)

269. — *Note sur un cas de mycosis fongoïde.*

(Avec M. Barthélemy, *Ibid.*, S. F. D. 1898, p. 42.)

270. — *Sur un mycosis localisé en une énorme tumeur faciale et une éruption eczématoïde de l'une des mains.*

(Avec M. Roché, S. F. D., 1900, p. 20.)

271. — *Mycosis fongoïde.*

(*International Clinic*, 1900.)

272. — *Sur la zone d'envahissement des tumeurs mycosiques.*

(S. F. D., 1900.)

273. — *Troisième note sur un cas de mycosis fongoïde, avec poussée terminale en foyers multiples.*

(Avec M. Lemierre, S. F. D., 1900, p. 93.)

274. — *Sur un mycosis avec lésions impétiginiformes et lymphangite secondaire.*

(Avec M. Fouquet, décembre, 1901, p. 488.)

275. — *Sur une érythrodermie prémycosique avec lésions buccales et pharyngées* (1).

(Avec M. Weil, S. F. D., 1897.)

Les faits nouveaux qui résultent de ces diverses publications peuvent être résumés ainsi qu'il suit :

Les poussées érythrodermiques peuvent être suivies d'une desquamation abondante et prolongée en larges lambeaux; le tableau clinique rappelle alors celui des herpétides exfoliatrices, la plante des pieds peut être le siège d'une desquamation généralisée et adhérente semblable à celle que l'on observe chez certains psoriasiques. Les poussées érythrodermiques peuvent

(1) Voir aussi espèces morbides nouvelles, numéro II.

s'accompagner d'excoriations avec exsudation et formation de larges croûtelles. Elles entraînent parfois la dystrophie des ongles; elles peuvent aussi amener la chute de ces organes.

Comme les tumeurs, ces érythrodermies peuvent, après avoir persisté pendant des années, rétrocéder en grande partie, sans laisser de traces.

L'infiltration diffuse du derme ne se traduit pas nécessairement par une érythrodermie : elle peut n'être caractérisée que par une induration ligneuse, avec épaississement du tégument et impossibilité de lui imprimer des plis, sans rougeur appréciable. Cet épaississement peut donner lieu à des altérations des traits, tels que le rétrécissement des ouvertures palpébrales, l'élargissement du nez, le renversement en dehors de la lèvre inférieure et la production d'un double menton.

Les tumeurs mycosiques sont circonscrites par un rebord convexe à contours nettement arrêtés : souvent, elles se renversent sur lui de manière à le dépasser.

Ce rebord peut être entouré d'une aréole érythémateuse, bulleuse ou ortiée, d'origine sans doute toxinique, qui en constitue la zone d'extension. La partie centrale dû néoplasme peut rester à l'état de tumeur, ulcérée ou non, saillante ou déprimée; elle peut s'affaisser complètement et n'être plus représentée que par une simple macule. D'autres fois, elle fait place à une cicatrice irrégulière qui, par ses contours serpigineux et la zone pigmentée qui l'entoure, rappelle celle des syphilomes; cette cicatrice peut être décolorée et simuler une plaque de morphée; d'autres fois, toute la masse se gangrène. Chaque fois que la partie centrale de la tumeur subit l'une de ces évolutions rétrogrades, la néoplasie n'est plus constituée que par le bourrelet périphérique qui, le plus souvent, s'étend excentriquement en même temps qu'il se détruit dans sa partie interne, soit par résorbtion interstitielle, soit par gangrène. Il en résulte que, malgré sa progression excentrique, son volume reste approximativement le même. La partie ulcérée de la tumeur a souvent l'aspect

d'une membrane de bourgeons charnus : ce n'est là qu'une apparence ; sa constance est plus ferme que celle de ces membranes, et sa structure est celle des tumeurs mycosiques. En examinant à l'éclairage latéral cette surface ulcérée, on peut y distinguer parfois des granulations miliaires, translucides ou opaques, saillantes et rappelant tout à fait, par leur aspect, les tuberculoses miliaires. Les néoplasies mycosiques des mamelons peuvent offrir un aspect nettement velvétique.

Les adénopathies, constantes et volumineuses dans les formes érythrodermiques généralisées, peuvent faire complètement défaut dans les cas où il n'y a que des tumeurs, alors même que ces tumeurs sont très volumineuses et profondément ulcérées ou gangrenées. Le mode d'évolution des néoplasies mycosiques, et particulièrement la rapidité avec laquelle elles peuvent s'affaisser sans laisser de traces, ainsi que leur tendance à se reproduire, à se multiplier et atteindre des proportions souvent énormes, au point d'envahir toute la région dorsale et de contraindre les malades à se voûter sous leur poids comme s'ils portaient un lourd fardeau, permettent d'affirmer que l'agent infectieux, encore indéterminé, qui en est la cause prochaine n'a qu'une vitalité éphémère, mais qu'il possède par contre une grande puissance de reproduction.

Lorsque les tumeurs envahissent les paupières, elles peuvent en déterminer l'occlusion complète et amener ainsi la cécité.

Elles peuvent offrir, aux membres, la distribution de la lymphangite gommeuse.

Elles peuvent présenter les caractères de condylomes végétants, agglomérés en bourrelets volumineux, dont les sièges d'élection sont les régions axillaires et inguinales.

Le mycosis généralisé peut s'accompagner d'un œdème persistant des quatre extrémités.

L'affaissement rapide des tumeurs mycosiques ne prouve pas que la maladie présente une activité moindre, car il peut coïncider avec l'apparition de vastes néoplasies en nappe.

Les bulles peuvent se développer dans des macules consécutives à des lésions rétrocédées.

Les éruptions bulleuses de l'érythrodermie mycosique peuvent simuler la dermatite herpétiforme.

Les poussées érythrodermiques peuvent s'accompagner de sueurs d'une abondance extrême, généralisées, qui se renouvellent plusieurs fois par jour et constituent un symptôme des plus pénibles.

Des lésions eczématiformes peuvent se développer, non plus, comme il est de règle, comme phénomènes prémonitoires, mais secondairement, affecter des régions très étendues, donner lieu à une perte abondante de matériaux et devenir ainsi une cause d'affaiblissement en même temps qu'elles peuvent servir de porte d'entrée à des infections secondaires.

Les lésions suintantes du mycosis confirmé diffèrent de celles de l'eczéma en ce qu'elles se développent sur des saillies végétantes.

Les éruptions mycosiques peuvent être précédées par une lésion qui laisse à sa suite une induration persistante, pigmentée, enchâssée dans le derme, déprimée ou saillante, différente de toutes les néoplasies connues. Il s'agit là, selon toute vraisemblance, de l'accident primitif. Cette néoplasie initiale peut s'ulcérer.

L'inoculation intra-péritonéale du pus mycosique peut donner lieu, chez le cobaye, à une vaginalite aiguë simulant celle de la morve.

On peut voir les bulles mycosiques se produire isolément sur une tache érythémateuse; souvent, elles apparaissent au centre d'une saillie papuleuse; elles peuvent aussi constituer un soulèvement pemphigoïde autour des surfaces ulcérées dont elles forment alors la zone de propagation. On trouve tous les intermédiaires entre des pustulettes miliaires, des bulles remplies d'un liquide séreux ou purulent et des soulèvements pemphigoïdes en bourrelets autour des ulcérations serpigineuses.

Il peut survenir, dans le mycosis, des poussées aiguës caractérisées par la rougeur érysipélatoïde avec tuméfaction d'une surface limitée; elles diffèrent d'un érysipèle par l'absence d'un rebord périphérique, ainsi que par le défaut de tendance à l'extension. Des poussées exclusivement œdémateuses peuvent se produire dans les mêmes conditions. On peut rapporter avec vraisemblance ces poussées, en raison de leur durée éphémère, à l'action de toxines mycosiques. Il en est de même des poussées bulleuses qui sont remarquables par leur disposition symétrique ainsi que par l'absence, chez certains malades, de lésions mycosiques dans les parties qu'elles envahissent.

L'endocarde peut devenir le siège d'altérations secondaires sous l'influence des toxines de l'infection mycosique.

Les tumeurs gangrenées peuvent donner lieu à une fièvre intense et persistante; leur ablation la fait cesser.

Contrairement à la règle, le prurit mycosique peut exceptionnellement donner lieu à du prurigo.

Les tumeurs mycosiques, enlevées chirurgicalement, peuvent ne pas récidiver *in situ*. Le mycosis peut envahir consécutivement au derme, ou intéresser primitivement le tissu cellulaire sous-cutané et les couches profondes des membres. Cette localisation ne doit donc pas être considérée comme appartenant en propre à la lymphodermie pernicieuse.

Le mycosis peut envahir les viscères, et particulièrement le parenchyme rénal.

Il n'est pas inoculable au singe.

Il peut se produire, dans la leucémie, un prurit intense qui se traduit par la production de prurigo; toutes les parties du corps y sont intéressées, y compris les plis de flexion; ce fait tend à différencier cette maladie du mycosis où le prurit est de règle, mais le prurigo très rare.

Le grattage incessant et violent des mycosiques peut exceptionnellement donner lieu, par le fait des excoriations qu'il produit, à la pénétration des microbes pyogènes dont l'invasion

se traduit par le développement de lésions impétigineuses et parfois de lymphangite.

L'ensemble des faits qui viennent d'être résumés a notablement enrichi la symptomatologie du mycosis fongoïde.

I. — ÉTUDES SUR LA LÈPRE

276. — *Sur l'éclosion tardive d'une lèpre.*

(S. F. D.)

277. — *Sur une poussée aiguë de lèpre à manifestations multiples, et plus particulièrement sur l'orchite aiguë lépreuse.*

(Avec M. Jeanselme, A. D., 1893.)

278. — *Deuxième note sur une poussée aiguë de lèpre, et plus particulièrement sur ses manifestations multiples dans les nerfs périphériques.*

(Avec M. Jeanselme, *Ibid.*)

279. — *Cas de lèpre avec déformations singulières des mains et persistance des éminences thénar et hypothénar, contrairement à la loi de Hansen.*

(S. F. D., 1894.)

280. — *Lèpre nerveuse avec poussée érythrodermique très intense et troubles médullaires.*

(Avec M. Jeanselme, *Ibid.*, 1895.)

281. — *Sur un cas probable de lèpre bretonne.*

(S. F. D., 1897.)

282. — *Article « lèpre » du nouveau Traité de médecine.*

283. — *Les lépreux à Paris.*

(*Conférence internationale de Berlin*, 1897.)

284. — *Le traitement de la lèpre par le liquide de Carasquilla.*

(*Rapport à l'Académie de médecine*, 1897.)

285. — *Contribution à l'étude des proliférations locales dans la lèpre.*

(Avec M. Léri, S. F. D., 1899, p. 402.)

286. — *Sur différentes formes de poussées lépreuses.*

(Avec M. Fouquet, S. F. D, 1901.)

287. — *Amélioration spontanée d'un cas de lèpre.*

(Avec M. Fouquet, décembre 1901, p. 454.)

288. — *De la séro-thérapie lépreuse.*

(*Lèpre*, in-folio, 1897.)

289. — *Des mesures à prendre pour enrayer la propagation de la lèpre* (1).

(*Congres d'hygiene*, 1901.)

Les conclusions de ces diverses publications peuvent être résumées ainsi qu'il suit : la période de latence qui sépare le début de l'infection lépreuse de l'apparition de ses manifestations peut durer trente-deux ans; c'est la plus longue qui ait jamais été signalée.

(1) Voir aussi espèces morbides nouvelles, Nos XXXIX et dermatologie générale no 126.

Il se produit dans la lèpre, comme dans la syphilis et la tuberculose et autres maladies infectieuses, des proliférations locales. C'est ainsi que l'on voit des tubercules lépreux s'entourer de productions semblables disposées en cercles dont ils occupent le centre. Il s'agit là de multiplication, avec formation de nouvelles colonies bacillaires.

Les poussées aiguës peuvent se faire simultanément du côté de diverses parties de l'organisme, par exemple la peau, les nerfs, l'œil.

De même, le testicule et l'épididyme peuvent être infiltrés simultanément par les néoplasies lépreuses, sans écoulement uréthral; les deux testicules peuvent être intéressés simultanément; ils restent indolents; il ne se fait pas d'épanchement dans les vaginales. On peut sentir, après la phase aiguë, de petits nodules dans le parenchyme testiculaire. Ces poussées récidivent fréquemment; elles n'aboutissent que tardivement à l'impuissance.

On peut observer dans la lèpre le tableau des polynévrites infectieuses.

C'est à tort que Hansen a considéré l'atrophie des éminences thénar et hypothénar comme constante dans cette maladie.

Les poussées érythémateuses peuvent être très étendues : il peut y persister des intervalles de peau saine.

L'intensité et la persistance des troubles digestifs plaident en faveur d'un énanthème coïncidant avec la poussée exanthématique.

Ces poussées peuvent s'accompagner d'une prostration profonde et de troubles dans l'innervation spinale, constitués surtout par l'exagération des réflexes plantaires et patellaires.

Contrairement à l'opinion de Zambaco, la morphée est une maladie complètement distincte de la lèpre; elle diffère de ses macules achromiques par la conservation de la sensibilité et l'induration parfois ligneuse du tégument, ainsi que par la conservation d'un état général satisfaisant et une tendance à la guérison.

L'immigration des lépreux augmente en France dans des proportions inquiétantes : ce fait s'explique par l'accroissement que prennent nos relations avec les pays à lèpre et par la croyance que le séjour dans nos climats exerce une action favorable sur l'évolution de cette maladie.

Presque tous nos lépreux viennent des pays chauds; on compte quelques cas autochtones en Bretagne et autour de Nice.

Il est à craindre, en raison de la promiscuité dans laquelle vivent les malades et de l'absence presque complète de mesures de défense, que la France ne redevienne dans un avenir prochain un pays à lèpre.

Dans nos climats, la lèpre n'est pas transmissible par le milieu extérieur.

Dans les pays à climats extrêmes, les moustiques, et peut-être d'autres insectes, paraissent être les agents les plus importants de sa propagation, comme ils le sont pour le paludisme (Laveran).

La mesure la plus efficace à prendre contre la propagation de la lèpre en France serait l'interdiction de l'entrée des lépreux par nos ports maritimes : une déclaration du médecin de bord, un examen au débarquement par un médecin expérimenté, seraient suffisants pour assurer cette exclusion dans presque tous les cas, car la lèpre, le plus souvent, se manifeste en premier lieu aux extrémités et au visage par des altérations pathognomoniques. Cette mesure ne serait applicable qu'aux étrangers. Dans nos hôpitaux, il y aura lieu d'isoler les lépreux. En ville, on devra imposer la déclaration et des mesures de désinfection.

On ne connaît pas de traitement curatif de la lèpre : ce qui donne l'illusion thérapeutique, c'est ce fait que la maladie procède par poussées, suivies presque constamment de régressions spontanées; on est porté ainsi à attribuer au médicament des améliorations dues à la marche naturelle de la maladie.

Il en est ainsi du sérum de Carasquilla. La plupart des résultats favorables ont été obtenus avec l'huile de chaulmoogra; mais il y a bien des faits négatifs.

I. — ÉTUDES SUR LE FARCIN

290. — *Sur un cas d'infection farcino-morveuse chronique terminée par une poussée de morve aiguë.*

(En collaboration avec M. Jeanselme, S. D. F. 1891.)

Les conclusions de ce travail sont formulées ainsi qu'il suit : l'infection farcino-morveuse peut se prolonger, chez l'homme, pendant six ans. La maladie peut, dans son cours, rester silencieuse pendant un certain temps; la durée de cette accalmie peut atteindre trois années. On doit penser à cette infection quand on voit survenir, après une série prolongée d'abcès sous-cutanés ou intra-musculaires, des ulcérations des fosses nasales, de la muqueuse buccale ou du voile du palais et une tuméfaction douloureuse de l'un des sacs lacrymaux coïncidant avec un suintement purulent des narines. Les abcès farcineux peuvent, après s'être ouverts, se terminer spontanément par la guérison, mais le fait est rare; en pareil cas, on peut constater, à l'aide d'inoculations, que le pus qu'ils sécrètent perd rapidement sa virulence; les abcès qui deviennent fistuleux semblent, au contraire, garder indéfiniment la propriété de transmettre la morve. Les ulcérations farcineuses se produisent surtout sur les muqueuses buccale et pituitaire. Le fait des auteurs paraît être le premier dans lequel elles aient envahi et détruit les lèvres. Elles ont succédé à des néoplasies d'aspect inflammatoire, mais non toujours suppuratives. Elles se différencient des ulcérations syphilitiques par leurs bords irréguliers, déchiquetés, fouillés et renversés, leur fond anfractueux d'où émergent des mamelons jaunâtres, leurs vastes décollements, la vive coloration rouge violet des parties qui les entourent, l'aspect huileux du liquide qu'elles sécrètent et leur résistance au traitement spécifique.

La poussée aiguë terminale peut avoir pour point de départ la pituitaire ulcérée; elle se propage par les voies lacrymales;

elle diffère de l'érysipèle par l'absence d'engorgements ganglionnaires, la formation d'eschares profondes avec destruction rapide des tissus et une éruption pustuleuse qui peut rester limitée aux téguments du nez. Cette poussée de morve aiguë peut, contrairement à la règle, durer plus de quarante jours. Dans toutes les sécrétions virulentes, on trouve le bacille spécifique de la morve mêlé à d'autres microbes; dans les collections non ouvertes, le bacille se trouve seul ou associé au staphylocoque. Les deux moyens pratiques pour arriver rapidement au diagnostic de la morve sont les cultures sur pommes de terre qui prennent en quelques jours une coloration rouge brun caractéristique et les inoculations dans le péritoine de cobayes qui sont suivies du développement, dans les quarante-huit heures, d'une vaginalite caséo-suppurée caractéristique. Le seul traitement efficace est la cautérisation avec le fer rouge.

291. — *Rapport sur un cas de farcinose chronique communiqué par M. Rémy à l'Académie de médecine.*

En détruisant la lésion initiale on pourrait, avec plus de chances que pour la syphilis, essayer d'enrayer le développement de la maladie, car l'infection est susceptible de rester longtemps localisée.

La morve n'est pas la seule maladie dont le pus, inoculé dans le péritoine de cobayes, détermine une vaginalite aiguë; le pus provenant de surfaces ulcérées du mycosis a déterminé chez trois cobayes cette même inflammation.

Le bacille morveux est remarquable par sa grande virulence, par l'intensité de sa puissance destructive et aussi par sa grande vulnérabilité.

La morve peut rester pendant des années silencieuse pour se manifester de nouveau ultérieurement par des accidents graves.

K. — ÉTUDES SUR LE LICHEN PLAN

292. — *Sur un cas de lichen plan avec dilatations considérables et isolées des orifices sudoripares.*

(A. D., 1889.)

293. — *Sur un lichen plan à forme végétante et cornée.*

(A. D., 1889.)

294. — *Sur un lichen plan avec hyperkératoses palmaires et plantaires.*

(S. F. D.)

295. — *Sur un lichen plan en cravate et un lichen plan avec éléments acuminés.*

(S. F. D., 1896.)

296. — *Lichen plan limité à la muqueuse buccale.*

(Avec M. Schrœder, *Ibid.*)

297. — *Lichen plan buccal en pains à cacheter et en stries étoilées.*

(*Ibid.*, 1897.)

298. — *Sur une forme aiguë de lichen de Wilson avec poussée érythrodermique.*

(Avec M. Le Sourd, S. F. D., p. 172.)

299. — *Variété papulo-érythémateuse du lichen de Wilson.*

(*Musée de l'hôpital Saint-Louis*, iconographie avec texte explicite, n° 31.)

300. *Sur un cas de lichen de Wilson en bandes.*

(Avec M. Gardner, S. F. D., juin 1899, p. 294.)

301. — *Sur deux nouveaux cas d'éruption lichénoïde en bandes.*

(Avec M. Villaret, S. F. D., 1901, p. 241.)

302. — *Lichen plan développé exclusivement sur une cicatrice.*

(Avec M. Lemierre, S. F. D., 1900, p. 228.)

303. — *Nouvelle note sur cas de lichen plan limité localisé à une cicatrice.*

(S. F. D., 1900, p. 246.)

304. — *Lichen plan des lèvres.*

(S. F. D., mai 1902.)

305. — *Sur un lichen de Wilson hyperkératosique des extrémités avec lésions buccales et mélanodermie arsenicale.*

(Avec M. C. Hennocque, S. F. D., 1900, p. 145.)

306. — *Lichen plan et impetigo contagiosa.*

(Avec M. Trastour, S. F. D., 1900, p. 353.)

307. — *Sur un cas de lichen de Wilson chez un enfant de quinze mois.*

(Avec M. Compain, S. F. D., 1900, p. 36.)

308. — *Traitement du lichen de Wilson par les applications quotidiennes d'une solution de permanganate de potasse au cinquantième.*

(Avec M. Villaret, juillet 1901, p. 375.)

309. — *De la constitution du groupe lichen.*

(*Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie*, 1889[1].)

Les considérations et faits nouveaux qui ressortent de ces publications peuvent être résumées ainsi qu'il suit :

Le groupe lichen est artificiel : c'est arbitrairement qu'on y fait rentrer diverses affections qui n'ont de commun que l'aspect papuleux de leurs éléments. On devra ultérieurement substituer au mot lichen des dénominations tirées de l'anatomie et de la physiologie pathologiques. Les maladies actuellement confondues sous ce nom devront être rattachées à d'autres types, à l'exception de celle qu'a décrite E. Wilson; c'est cette dernière seule qu'il convient aujourd'hui d'appeler lichen; elle constitue une espèce morbide.

La qualification de lichen planus n'est plus applicable qu'à une variété de cette maladie. On doit en admettre une forme aiguë et une forme chronique et distinguer dans cette dernière les variétés décrites sous les noms de *lichen planus*, *obtusus*, *acuminatus*, *tubéreux*, *corné*, *en collier de corail* et *scléreux*. La forme aiguë comprend une partie des faits publiés sous le nom de *lichen ruber acuminatus*.

Les localisations du lichen plan doivent être étudiées dans le terrain sur lequel se développent ses éléments éruptifs, et dans les régions qui peuvent en être le siège.

Les éléments peuvent être péri-pilaires; ils simulent alors parfois, à s'y méprendre, ceux du pityriasis rubra-pilaire et méritent à la varété morbide le nom de *lichen ruber acuminatus ;* les localisations régionales et les éruptions concomitantes de lichen plan typique conduisent au diagnostic.

Les orifices sudoripares peuvent être altérés isolément dans les paumes des mains : on ne peut donc, comme on l'admet géné-

(1) Voir aussi espèces morbides nouvelles, N°s VI, VII, VIII, IX et la dermatologie générale, N° 126.

ralement, considérer leur dilatation comme purement secondaire.

L'auteur a constaté plusieurs fois la prolifération locale des éléments éruptifs : c'est là un argument d'une valeur considérable en faveur de la nature parasitaire de la maladie.

Dans une des observations de l'auteur, les éléments, d'ailleurs abondants, s'étaient développés exclusivement sur une vaste cicatrice ; ce tissu a ainsi offert au contage encore indéterminé un bon milieu de culture. Chez un autre malade, ce sont les altérations d'un impétigo contagieux qui ont été les localisations initiales de la maladie.

Les contacts incessamment renouvelés peuvent exercer une action prépondérante sur les localisations du lichen plan : c'est ainsi que cette éruption peut se disposer en cravate ; qu'elle prédomine à la force palmaire des avant-bras, à la ceinture, aux lombes.

Le lichen plan peut avoir pour siège d'élection les paumes des mains et la plante des pieds : il y constitue une forme d'hyperkératose ; les parties indurées et squameuses y sont entourées d'une zone érythémateuse qui les encadre complètement et correspond aux limites de la région. Dans la forme aiguë, cette localisation peut s'accompagner de la formation de vésicules qui, en raison de la grande résistance de l'épiderme, ne s'ouvrent pas, mais donnent lieu à des petits îlots de desquamation : ces hyperkératoses s'accompagnant d'un prurit intense.

Les parois de la bouche peuvent être le siège d'une éruption de lichen d'une abondance et d'une intensité exceptionnelles alors que la surface cutanée reste indemne.

Comme un naevus, comme un psoriasis, le lichen de Wilson peut se localiser en bandes très allongées ; le plus souvent, c'est à l'un des membres inférieurs qu'il présente cette disposition ; on le voit partir de la région fessière, qu'il contourne, descendre en décrivant un trajet curviligne à la partie postérieure de la cuisse et de la jambe et parfois envahir le pied : il suit ainsi par-

tiellement les lignes de Voigt et l'on peut alors en attribuer le développement à une modification que les actions trophiques additionnées des nerfs anastomosés apportent dans le milieu cutané; mais d'autres localisations ne peuvent être interprétées de la sorte; il faut admettre des troubles d'origine centrale. Ces lichens systématisés peuvent guérir.

Des stries opalines, radiées ou étoilées, caractérisent le lichen plan buccal; elles en permettent le diagnostic en l'absence de toute lésion cutanée; elles sont, comme l'ont vu MM. Brocq et Wickham, identiques à celles des boutons cutanés; elles ne sont nullement prurigineuses; l'absence à leur niveau de troubles de l'innervation rend peu vraisemblable la théorie tropho-névrotique de la maladie.

Sur la langue, les plaques, au lieu d'être striées, peuvent offrir l'aspect de pains à cacheter.

Le lichen de Wilson peut se traduire dans la bouche aussi bien qu'à la peau par le développement d'éléments acuminés en même temps que de papules planes.

Ces papules cutanées peuvent être, dans leur généralité, arrondies et non polygonales, comme il est de règle.

Des aréoles vasculaires peuvent s'y dessiner, et rappeler exactement par leur disposition les stries opalines que l'on observe fréquemment dans les plaques cutanées et qui constituent souvent à elles seules les manifestations buccales de la maladie; ce fait conduit à penser que ces stries sont dues à la distribution de l'exsudat sur le trajet des vaisseaux sanguins.

Le lichen plan atrophique peut offrir des caractères cliniques très semblables à ceux de la morphée; il s'en distingue par la présence de nombreux grains comédoniens ou de dépressions les représentant et par les vestiges de papules brillantes et polygonales.

Les lésions initiales du lichen plan occupent le plus souvent les orifices glandulaires : il faudra de nouveau y chercher le parasite.

Le traitement du lichen de Wilson par l'application permanente d'ouate imprégnée d'une solution de permanganate de potasse, au trois centième ou au centième suivant la tolérance du sujet, a donné à l'auteur de bons résultats.

310. — *Sur deux cas de dermatose en ruban d'une extrémité inférieure.*

(Avec M. Contensoux, S. F. D., 1898, p. 412.)

L. — ÉTUDES SUR LE PITYRIASIS RUBRA PILAIRE ET SUR LA FORME ACUMINÉE DU LICHEN DE WILSON

L'auteur s'est efforcé, à maintes reprises, de différencier ces deux maladies et d'élucider ainsi une question qui a été, à l'étranger, l'objet de longues et vives discussions.

311. — *Pityriasis rubra pilaire ou lichen de Wilson.*

(Avec M. Brodier, S. F. D., 1893.)

312. — *Sur un lichen de Wilson simulant par places un pityriasis rubra pilaire.*

(*Ibid.*)

313. — *Sur un lichen de Wilson avec prédominance d'éléments acuminés pilaires et hyperchromie.*

(Avec M. Poulain, S. F. D., 1897.)

314. — *Lichen de Wilson avec localisation péripilaire.*

(Avec M. Fouquet, S. F. D., 1901, p. 181.)

315. — *Note complémentaire sur un cas de lichen de Wilson avec localisation péripilaire.*

(A. D., juin 1901, p. 266.)

316. — *Sur les différences cliniques qui séparent le pityriasis rubra pilaire de la forme acuminée du lichen de Wilson.*

(S. F. D., juillet 1901, p. 382.)

En dehors des éléments acuminés, il peut se développer, dans le pityriasis rubra pilaire, des papules identiques à celles du lichen de Wilson; leur volume peut varier de celui de petits grains punctiformes à celui de petites lentilles; elles peuvent être disposées en séries linéaires : la production de ces papules lichénoïdes est vraisemblablement due au grattage, ainsi qu'à un mode de réaction spécial de la peau.

De même, le lichen de Wilson peut se traduire par la production de papules miliaires acuminées très analogues à celles du pityriasis rubra pilaire; elles se groupent autour des papules de Wilson, et leur développement paraît subordonné à celui de ces éléments.

Les différences de localisations n'ont pas une valeur absolue; en effet, l'auteur a publié trois observations dans lesquelles des papules acuminées de lichen de Wilson étaient nettement péripilaires avec collerette desquamative et, d'autre part, l'on peut observer, dans cette maladie, des grains pilaires noirâtres agminés sur le dos des premières phalanges des doigts et des orteils. La clinique et l'anatomie pathologique fournissent cependant des éléments de diagnostic entre les deux maladies : si, en effet, on considère les lésions élémentaires, on est frappé, dans la maladie de Devergie-Richaud-Besnier, par l'uniformité frappante des petites élevures, l'éclat nacré de leurs squames, la finesse de leur saillie blanche coniforme, l'absence de papule vraie à la périphérie ; les éléments du lichen acuminé sont, au contraire, de dimensions très inégales et généralement supérieures à celles de l'autre affection ; la saillie coniforme y est moins fine. Il faut ajouter que, dans le pityriasis rubra pilaire, la plus grande partie de la surface tégumentaire est souvent

envahie ; que les lésions y sont disposées avec une parfaite régularité ; que tous les follicules pilo-sébacés des régions atteintes y sont intéressés simultanément ; au contraire, dans le lichen acuminé, les boutons sont loin d'être distribués avec cette symétrie. L'histologie dénote également, d'après MM. Darier et Halkin, des différences essentielles entre les deux maladies.

Il résulte de ces faits que le pityriasis rubra pilaire diffère, comme l'a démontré M. Besnier, du lichen ruber acuminatus, et que celui-ci constitue seulement une forme particulière du lichen de Wilson.

317. — *Sur un pityriasis rubra pilaris.*

(A. D., 1889.)

318. — *Nouveau cas de pityriasis rubra pilaire offrant les localisations de l'eczéma séborrhéique et la nature probable de cette dermatose.*

(S. F. D., 1892.)

319. — *Sur un pityriasis rubra pilaris.*

(*Réunions de l'hôpital Saint-Louis* et S. F. D., 1889.)

L'auteur rattache cette affection à un trouble dans le fonctionnement de l'appareil pilo-sébacé et à un mode de réaction spécial aux sujets qui en sont atteints.

320. — *Traitement des pityriasis.*

(*Traité de therapeutique appliquée*, 1896.)

M. — ÉTUDES SUR LES DERMATOSES BULLEUSES

Dermatite herpétiforme, pemphigus, dermatite bulleuse congénitale, dermatoses bulleuses trophonévrotiquss.

321. — *Dermatite herpétiforme et pemphigus foliacé au point de vue éosinophilique.*

(Avec M. Laffitte, S. F. D., 1896.)

Les cellules éosinophiles, très nombreuses dans la première de ces maladies, sont rares dans la seconde.

322. — *Sur la dermatite herpétiforme en cocarde.*

(*Musée de l'hôpital Saint-Louis, Iconographie avec texte explicite,* n° 10.)

Les différences si considérables que présente la maladie de Duhring dans ses manifestations symptomatiques et dans son évolution peuvent être rapportées à des différences, soit dans le mode de réaction des sujets, soit dans la quantité et surtout la nature des toxines qui, selon toute vraisemblance, lui donnent naissance ; il y a lieu de considérer l'ensemble symptomatique décrit sous ce nom de *maladie de Duhring,* non comme une espèce morbide univoque, mais comme un groupe de dermatoses de causes distinctes bien que voisines.

323. — *Pemphigus foliacé consécutif à une dermatite herpétiforme.*

(Avec M. Jousset S. F. D., 1897.)

324. *Même sujet.*

(*Ibid.*)

Le pemphigus foliacé peut se développer consécutivement à la dermatite herpétiforme de Duhring, il en est alors une nouvelle modalité; cette transformation peut être attribuée, soit à un changement dans le mode de réaction du sujet, soit à une modificatiou dans la quantité ou la qualité des toxines pathogénétiques.

325. — *Traitement des pemphigus.*

(*Traité de thérapeutique appliquée*, 1896.)

326. — *Sur un cas de pemphigus aigu de l'adulte.*

(Avec M. Charles Lévi, S. F. D., 1898, p. 26)

Ce fait contribue à montrer que l'on confond sous le nom de pemphigus des maladies de nature différente : il s'est agi manifestement, dans ce cas, d'une dermatite bulleuse; en effet, la nature fibrineuse de l'exsudat et surtout les végétations qui, en diverses régions, ont fait suite aux bulles, ne peuvent laisser de doute à cet égard. Contrairement à ce qui est de règle pour les cas de pemphigus que l'on observe le plus habituellement, la marche de la maladie a été franchement aiguë et de courte durée.

327. — *Présence d'un alcaloïde dans l'urine de malades atteints de dermatite herpétiforme.*

(Avec M. Tête, *Association pour l'avancement des sciences*, 1894.)

L'analyse de l'urine y a dénoté la présence de cristaux ayant les caractères des alcaloïdes; ils possèdent une action phlogogène des plus remarquables.

328. — *Sur un cas de dermatite herpétiforme sans éosinophilie améliorée par les injections intra-fessières de sérum de lait.*

(S. F. D., 1899, p. 98.)

329. — *Sur un pemphigus traité infructueusement par les injections de sérum de lait, avec nouvelles observations relatives à l'éosinophilie.*

(Avec M. Laffitte, S. F. D., 1899, p. 169.)

330. — *Sur un cas de dermatite herpétiforme de Duhring.*

(*Réunions de l'hôpital Saint-Louis*, et A. D., 1889.)

331. — *Sur un herpès en cocarde confluent du tronc.*

(*Ibid.*)

332. — *Nouvelle étude sur un cas de dermatite herpétiforme en cocarde.*

(*Ibid.*)

Dans un cas de dermatite herpétiforme de Duhring, l'auteur a vu survenir, comme complication, une néphrite albumineuse; dans un autre, une endocardite : il attribue ces complications à l'action phlogogène des toxines dont la pénétration ou la production dans l'organisme est, selon toute vraisemblance, la cause prochaine de cette maladie. S'il en est ainsi, cette action peut ne pas rester, comme il est de règle, limitée à la peau; elle peut s'étendre à différents viscères, particulièrement aux reins et au cœur.

333. — *Sur trois cas de pemphigus foliacé étudiés dans leurs rapports avec la dermatite herpétiforme.*

(Avec M. H. Fournier, S. F. D., 1892.)

334. — *Sur les rapports qui existent entre la dermatite herpétiforme et le pemphigus foliacé.*

(S. F. D., 1863.)

Les différences symptomatiques entre les types morbides désignés sous ces noms n'ont rien d'essentiel : ni le polymorphisme des éruptions, ni l'intensité du prurit, ni la gravité des phénomènes généraux, ne peuvent être invoqués comme signes distinctifs ; l'existence de formes de passage entre ces diverses variétés d'éruptions bulleuses montre qu'il s'agit d'un seul et même groupe morbide dont les symptômes varient suivant les modes de réaction des sujets, et aussi suivant l'intensité de la cause prochaine encore inconnue qui la produit.

N. — ÉTUDES SUR LE PSORIASIS

335. — *Sur la production, consécutivement à des plaques de psoriasis, d'achromies persistantes.*

(S. F. D., janvier 1892.)

336. — *Traitement d'un psoriasis par les injections hypodermiques de suc testiculaire.*

(S. F. D., 1898.)

Il n'a donné que des résultats tout à fait insuffisants.

337. — *Sur un cas de psoriasis avec achromies persistantes et localisation suivant des sphères de distribution nerveuse.*

(Avec M. E. Gasne, S. F. D., 1899, p. 327.)

338. — *Sur une localisation du psoriasis au niveau de macules consécutives à l'application de pointes de feu.*

(Avec M. Gardner, S. F. D., 1899, p. 216.)

339. — *Contribution à l'étude des troubles de la pigmentation chez les psoriasiques.*

(Avec M. Trastour, S. F. D., 1900, p. 266.)

340. — *Sur une forme d'apparence bulleuse et rupioïde de psoriasis.*

(Avec M. Lemierre, 1901, p. 14.)

341. — *Guérison d'une plaque de psoriasis résistant à l'huile de cade par la traumaticine pure.*

(S. F. D., 1901, p. 107.)

342. — *Sur la nature parasitaire du psoriasis.*

(S. F. D., 1901, p. 148.)

343. — *Traitement du psoriasis.*

(*Association pour l'avancement des sciences*, 1894.)

344. — *Traitement du psoriasis par l'application permanente de compresses imprégnées d'une solution de permanganate de potasse au centième ou au deux centième.*

(S. F. D., 1902.)

Les faits exposés dans ces notes peuvent être résumés ainsi qu'il suit :

Les troubles de la pigmentation sont des plus complexes

chez les psoriasiques. Ces malades peuvent, en effet, présenter: 1° des hyperchromies consécutives à la disparition des plaques, hyperchromies qui peuvent être étendues à toute leur surface ou limitées à leur pourtour; 2° des achromies consécutives à ces hyperchromies; 3° d'autres achromies localisées au pourtour de plaques en activité; enfin, 4° des colorations provoquées par des agents médicamenteux.

Les décolorations centrales, que l'auteur a signalées chez trois de ses malades, indiquent nécessairement un trouble persistant dans la nutrition des couches profondes de l'épiderme, trouble consécutif à l'évolution rétrograde de la phlegmasie psoriasique; le cercle fortement pigmenté qui entoure d'autres plaques en voie de régression répond à la zone qui a été en dernier lieu envahie par cette phlegmasie : c'est là que le processus est resté actif en dernier lieu. L'achromie que l'on peut distinguer autour des plaques en activité est un fait habituel, bien qu'il passe d'ordinaire inaperçu; c'est le même phénomène qui s'exagère lorsque l'on vient à badigeonner la plaque avec de l'huile de cade, de la chrysarobine, de l'acide pyrogallique ou, comme l'a montré l'auteur, de l'ichthyol : il peut s'accompagner d'un trouble de nutrition qui amène la desquamation, mais c'est loin d'être la règle. Cette achromie est tout à fait semblable à celle que l'auteur a signalée récemment autour d'un grand nombre de syphilides papuleuses; elle est, en toute évidence, due à l'influence qu'exercent ces processus morbides sur la vascularisation, et aussi sur la nutrition, des parties qui les entourent.

La localisation du psoriasis au niveau de macules consécutives à l'application de pointes de feu montre que l'épiderme en voie de régénération offre un terrain favorable au développement de cette dermatose.

Les soulèvements d'apparence bulleuse qui ont entouré, dans l'un des faits sus-mentionnés, les plaques squameuses étaient des plus remarquables : au bout de vingt-quatre heures, ces soulèvements indiqués par le plissement de l'épiderme, et

dus surtout à la formation massive de jeunes cellules épidermiques, faisaient place à des collerettes squameuses.

La nature parasitaire du psoriasis est établie, suivant l'auteur, par divers cas de contagion authentiques, par la marche excentrique des altérations, par l'action efficace des traitements parasiticides et aussi par l'inoculation positive qu'a pratiquée sur lui-même M. Destot.

Le permanganate de potasse appliqué d'une manière permanente en solution au deux centième ou au centième donne des résultats plus rapides que le traitement par les préparations cadiques.

345. *Note sur l'interprétation physiologique d'un érythème artificiel.*

(*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1881.)

Il s'agit d'un érythème provoqué, autour de plaques de psoriasis, par des frictions avec la pommade pyrogallique à 10 p. 100. La rougeur formait autour de chaque plaque une aréole qui en était séparée par une zone non colorée. Elle dessinait un cercle parfait quand la plaque était nummulaire ou circinée. Dans ce dernier cas, on voyait, dans l'aire circonscrite par la lésion, un second cercle qui lui était concentrique et en était également séparé par un intervalle non coloré. Autour des plaques irrégulières et sinueuses, les cercles érythémateux périphériques et concentriques suivaient exactement, à une distance qui variait de 1 centimètre à 1 centimètre et demi, les contours de la lésion psoriasique. Cet érythème ne peut être rapporté à l'action directe de la pommade, car les frictions n'ont porté que sur les plaques et non sur les téguments qui les entourent.

La cause prochaine des troubles de vascularisation paraît être une excitation réflexe des vaso-constricteurs au voisinage de la lésion et des vaso-dilatateurs à distance.

O. — ÉTUDES SUR LES ÉRUPTIONS MÉDICAMENTEUSES

346. — *Sur deux manifestations rares de l'iodisme.*

(*Bulletins de la Société de thérapeutique*, 1885.)

La première est une *localisation bulbo-protubérantielle d'une hémorrhagie iodique* dont il a été question antérieurement. (V. n° LV.)

La deuxième manifestation anormale de l'iodisme que signale l'auteur est l'*apparition de nodosités douloureuses dans le tissu sous-dermique*. Elles peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic en simulant des tumeurs gommeuses ou des nodosités rhumatismales. M. Talamon les avait déjà observées.

347. — *Nouveau cas de bromisme suppuré en placards agglomérés.*

(Avec M. Trastour, S. F. D., 1900. p. 298.)

348. — *Les éruptions pemphigoïdes d'origine iodique* (1).

(*Bulletins de la Société médicale des hopitaux*, 1881, p. 335.)

Les éruptions bulleuses d'origine iodique, signalées en 1871 par O'Reilly, ont été étudiées depuis par plusieurs dermatologues anglais ainsi que par MM. Besnier et Rendu.

Leurs caractères sont loin d'être identiques dans tous les cas : c'est ainsi que, dans le fait de Pellizari, l'éruption a été accompagnée d'accidents généraux comparables à ceux qui marquent l'invasion d'une pyrexie. Dans cette même observation et dans une de Duhring, l'éruption a débuté par l'apparition de papules érythémateuses, et c'est sur ces saillies que se sont développées les bulles. Dans les faits décrits par l'auteur la bulle a été, au

(1) Voir aussi le n° LIV.

contraire, la lésion initiale ; l'érythème ne s'est manifesté que secondairement et a été peu prononcé.

La nature du liquide exsudé est également variable : c'est tantôt une sérosité transparente, tantôt du pus, tantôt un exsudat complexe dans lequel on trouve à la fois des globules de pus et des produits épidermiques.

Dans l'un des cas observés par l'auteur, on a constaté que le décollement épidermique portait sur la partie moyenne du corps muqueux ; le contenu des bulles était recouvert par toute l'épaisseur des couches cornées, et celles-ci étaient considérablement hypertrophiées. Cette éruption n'est pas accompagnée nécessairement des symptômes habituels de l'iodisme ; elle peut donc être méconnue dans sa nature, donner lieu à une erreur de diagnostic et persister aussi longtemps que l'on continue la médication. Elle présente parfois un caractère assez sérieux pour nécessiter la suppression du traitement par les préparations iodées.

349. — *Sur un nouveau cas d'acné chlorique.*

(Avec M. Lemierre, S. D. F., 1900, p. 213.)

350. — *Sur la cause prochaine de l'acné chlorique et de sa coloration noire.*

(S. F. D., 1900, p. 315.)

351. — *Sur les accidents qu'entraîne la fabrication du chlore par l'électrolyse et, plus particulièrement, l'acné chlorique étudiée au point de vue de l'hygiène professionnelle.*

(*Congrès d'hygiène*, 1901.)

352. — *Continuation de la série des acnés chloriques.*

(Avec M. Trastour, S. F. D., 1900, p. 390.)

353. — *Sur un cas de bromisme hypertrophique et suppuratif.*

(Avec M. Watelet, S. F. D., juin 1901, p. 267.)

354. — *Sur une forme bulleuse, nécrotique et végétante d'éruption iodique.*

(Avec M. Fouquet, S. D. F., 1901.)

Ce fait est complexe, car le malade est atteint simultanément d'une remarquable intolérance à l'égard de l'iodure de potassium, et d'une forme bulleuse et suppurative de pemphigus végétant; il paraît évident qu'il se produit chez lui des éruptions bulleuses iodiques en même temps que des manifestations de sa dermatose.

P. — ÉTUDES SUR LES MALADIES PARASITAIRES

355. *Sur un cas de pityriasis rosé remarquable par l'étendue et le siège crural de sa plaque initiale, ainsi que par sa longue incubation et le caractère ortié d'une partie de ses éléments.*

(A. D., 1900, p. 86.)

356. — *Sur un cas de molluscum contagiosum confluent de la jambe.*

(S. F. D., 1899, p. 57.)

357. — *Sur une variété d'onycho-mycose.*

(Avec M. Fouquet, S. F. D., 1902.)

358. — *Nouveau cas d'onycho-mycose.*

(*Ibid.*)

Cette affection est caractérisée par les phénomènes suivants : 1° intégrité de la lunule et, par conséquent, de la matrice de

l'ongle; 2° taches blanches arrondies dans la lamelle cornée; 3° destruction partielle de cette lamelle sur son bord libre, et son décollement par une masse incomplètement kératinisée; 4° présence de tubes de mycélium dans les parties de cette masse les plus voisines du lit de l'ongle.

359. — *Transmission des maladies du cuir chevelu par les parois des wagons.*

(*Congrès d'hygiène*, 1900.)

360. — *Inclusions de cercles multiples de tricophytie cutanée dans des ellipses communes.*

(Avec M. Léri, S. F. D., 1899, p. 38.)

361. — *Interprétation physiologique d'une éruption tricophytique disposée en cercles concentriques.*

(*Ibid.*)

L'auteur admet que les cercles tricophytiques, comme les plaques psoriasiques, exercent une action sur la vascularisation des parties qui les entourent en amenant par voie réflexe l'excitation de leurs vaso-constricteurs et les transforment ainsi en un terrain défavorable, soit à la culture du champignon, soit au développement de l'inflammation exsudative qu'il provoque dans les parties saines.

362. — *Traitement de la teigne tondante.*

(S. F. D., novembre 1894.)

L'auteur a obtenu des résultats relativement satisfaisants par l'applicatition d'une solution d'acide chrysophanique à 15 p. 100 dans le chloroforme, recouverte d'une couche de traumaticine.

363. — *De la nature de la pelade et des antiseptiques propres à son traitement.*

(*Communication au Congrès international de thérapeutique*, 1889.)

364. — *Contagiosité de la pelade.*

(*Rapport sur un travail de M. Dezautières, Académie de médecine.*)

365. — *Même sujet.*

(*Congrès de Paris*, 1900.)

366. — *Sur la nature de la pelade.*

(S. F. D., 1900.)

367. — *Les pelades.*

(*Congrès de Paris*, 1900.)

368. — *Discussion sur la pelade attribuée à une origine gingivo-dentaire.*

(S. F. D., 1902.)

369. — *Statistique péladique.*

(S. F. D., 1902.)

La pelade constitue une espèce morbide nettement définie : elle doit avoir une cause unique et propre. Les autres plaques d'alopécie circonscrite qui résultent, soit d'un trouble trophonévrotique, soit d'une infection telle que la syphilis, la folliculite décalvante ou autre, doivent être qualifiées de *pseudo-pelades*.

La pelade est une maladie contagieuse et, par conséquent, parasitaire. Les faits de transmission sont assez évidents et nom-

breux pour ne pas laisser de place au doute; souvent, en effet, cette maladie a atteint successivement plusieurs personnes dans une même famille, une même administration, une même localité, un même collège, un même bataillon. Blaschko a observé un cas d'auto-inoculation. On objecte que ces cas de transmission seraient autant d'erreurs de diagnostic : la compétence, universellement reconnue, tout au moins d'une partie des observateurs qui ont signalé ces faits, ne permet pas d'accepter cette dénégation. On dit, d'autre part, qu'il s'agirait de simples coïncidences : il faudrait, pour que cette interprétation fût exacte, que la pelade comptât au nombre des maladies les plus fréquentes : or, les statistiques de l'auteur prouvent, au contraire, qu'elle est rare; c'est ainsi que plusieurs des praticiens les plus occupés de Paris, et des plus éclairés, affirment n'en avoir rencontré qu'un cas dans toute leur carrière.

Il demeure donc acquis qu'il y a de nombreux faits de transmission authentique de pelade. D'autre part, la fréquence de cette maladie varie beaucoup suivant les pays; il est douteux qu'elle existe à Moscou, car le chef de l'école dermatologique n'y observe qu'un cas d'alopécie en aires sur 5000 malades : c'est encore là un argument d'une grande valeur en faveur du parasitisme de la pelade. Sa transmission exige, pour se produire, des contacts directs et intimes, d'où le grand nombre de cas négatifs.

Cette propagation se fait le plus souvent par les instruments de toilette, l'intérieur des coiffures, le dos des sièges, les parois des wagons; la tondeuse en est un instrument puissant.

L'agent infectieux de la pelade est encore indéterminé; on sait seulement qu'il siège surtout dans la partie profonde des follicules pilo-sébacés, en même temps qu'à la surface du cuir chevelu et qu'il y adhère intimement, de telle sorte qu'il ne peut être transporté à distance par les courants atmosphériques; aussi n'est-il pas nécessaire d'isoler les peladiques, de leur interdire le séjour, soit dans l'école, soit dans les ateliers ou les bureaux : il suffit d'exiger qu'ils aient la tête constamment couverte.

370. — *Traitement de la pelade.*

(*Bulletin de thérapeutique*, novembre 1901.)

371. — *Traitement d'un cas de pelade décalvante par les frictions avec le pétrole.*

(Avec M. Villaret, juillet 1901, p. 369.)

Le traitement de la pelade comporte deux indications principales : 1° détruire le parasite; 2° transformer le cuir chevelu en un terrain impropre à son développement.

Les parasiticides doivent être appliqués sur toutes les parties velues exposées au contage et, plus particulièrement, sur les foyers peladiques : parmi eux, l'acide chrysophanique tient le premier rang. On peut lui associer l'iode, le soufre, le sublimé, le camphre, l'essence de térébenthine, etc.

L'acide phénique a l'avantage de pouvoir agir concurremment comme parasiticide et comme modificateur du cuir chevelu; à ce dernier titre, on peut encore signaler les vésications réitérées.

Dans les cas où les altérations sont trop étendues pour être traitées par les moyens qui viennent d'être indiqués, et dans ceux où elles occupent des parties découvertes, des frictions prolongées avec du pétrole peuvent donner des résultats favorables.

372. — *Traitement de la pelade par l'essence de Wintergreen.*

(*Ibid.*)

L'auteur, s'appuyant sur les propriétés parasiticides de l'essence de Wintergreen et la possibilité de l'employer en solutions relativement concentrées sans provoquer d'irritation, l'a essayée, dissoute dans trois parties d'éther, concurremment avec l'essence

de cannelle, employée dans les mêmes conditions, chez un jeune homme atteint d'une pelade très étendue du cuir chevelu; les plaques de chaque moitié de la tête ont été traitées, les unes par la première, les autres par la seconde de ces préparations. Or, au bout de cinq mois, les parties traitées par l'essence de cannelle n'étaient recouvertes qu'incomplètement de poils follets et encore très apparentes, alors que les parties soumises à l'action de l'essence de Wintergreen étaient guéries. Ce fait nouveau montre que ce n'est pas seulement en irritant le tissu et en le rendant ainsi impropre à la culture du parasite qu'agissent les moyens curateurs de la pelade.

373. — *Sur une pseudo-pelade.*

(S. F. D.)

R. — NOTE SUR DIFFÉRENTES AUTRES MANIFESTATIONS CUTANÉES

374. — *Sur un cas de dysidrose du nez.*

(S. F. D., 1891.)

Ce cas est le premier dans lequel la dysidrose ait été limitée au nez; elle coïncidait avec des troubles de la sécrétion sudorale exactement circonscrits à la région où se produisait l'éruption; on est ainsi conduit à établir, conformément à la théorie contestée de Tilbury Fox, une relation de cause à effet entre les deux ordres de phénomènes.

375. *Sur un cas de vitiligo par compression.*

(Avec M. Salmon, S. F. D., 1895.)

376. — *Sur cinq cas de rubeole.*

(*Bulletins de la Société clinique* et *France médicale*, 1890.)

377. — *Sur un purpura hémorrhagique chez un enfant.*

(A. D., 1889.)

L'auteur explique les hémorrhagies que l'on observe chez l'homme en voie de croissance par une suractivité dans le fonctionnement des organes hématopoiétiques.

378. — *Sur une dermatite papuleuse et érythémateuse de nature indéterminée.*

(S. F. D., 1891.)

379. — *Sur un érythème papuleux anormal.*

(*Ibid.*)

Contrairement à ce que l'on cherche d'habitude dans l'érythème papuleux, cette éruption a débuté par le tronc et le visage pour n'envahir les membres que secondairement; ses éléments éruptifs ont été constitués, sur différents points, par des taches peu ou point saillantes, atteignant deux centimètres de diamètre, desquamant au centre et simulant ainsi le pityraris rosé de Gibert; en d'autres régions, on aurait cru à un lichen plan; des adénopathies multiples dénotaient la nature inflammatoire du processus : ce fait montre que l'on confond, sous le nom d'érythème papuleux, des dermatoses de nature différente.

380. — *Sur une dermatite exfoliatrice ayant dix-huit mois de durée.*

(A. D., 1889.)

381. — *Sur une dermatose de nature indéterminée, mycosis, arsénicisme ou acanthosis nigricans.*

(Avec M. Trastour, S. F. D., 1900, p. 300.)

382. — *Contribution à l'étude des chancres simples chez la femme.*

(Avec M. Lemierre, S. F. D., 1900, p. 101.)

Ces chancres simples, multipliés par auto-inoculations à la partie supéro-interne des cuisses, ont atteint des dimensions considérables; ils ont provoqué des douleurs intolérables et empêché complètement la marche : leurs bords étaient épais, saillants, durs, très irrégulièrement déchiquetés ; ils sont devenus végétants et ont laissé, à leur suite, des cicatrices chéloïdiennes, entourées d'aréoles pigmentées.

383. — *Blennorrhagie précoce.*

(*Congrès de Nantes*, 1901.)

384. — *Rapport à l'Académie sur un travail de M. Bonnet relatif à la vésication par le chloral.*

(1900.)

R. — NOTES SUR LA THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES CUTANÉES

(Voir le nombre des articles précédents.)

385. — *Traitement de la pourriture d'hôpital par le tartrate ferrico-potassique.*

(*Bulletin de la Société de thérapeutique*, 1893)

Dans un cas de pourriture d'hôpital qui résistait à tous les traitements, l'auteur a employé le tartrate ferrico-potassique en raison des analogies que présente dans ses caractères cette complication avec le phagédénisme, et des excellents résultats que lui a donnés ce médicament contre cette dernière altération. Il a fait usage d'une solution au tiers : les premières applications ont

été précédées par un attouchement avec une solution de cocaïne; ultérieurement, il n'a plus été nécessaire de recourir à cette précaution; la plaie était fréquemment arrosée avec la solution et constamment recouverte de compresses qui en étaient imprégnées. Le résultat a été remarquable : en peu de jours, le détritus de la pourriture a disparu; la plaie a bourgeonné et bientôt s'est cicatrisée (*fait nouveau*).

386. — *Du traitement de la teigne tondante par le procédé Foulis.*

(*Bulletins de la Société de thérapeutique* et *Union médicale*, 1885.)

Il résulte de cette communication que ce traitement ne donne en aucune façon les résultats annoncés par l'auteur anglais.

387. — *De la propriété qu'ont les corps gras d'atténuer l'action irritante des préparations phéniquées.*

(*Bulletin de la Société de thérapeutique*, 1885.)

Alors que les solutions aqueuses et alcooliques d'acide phénique au quarantième sont irritantes, on peut employer les solutions à 10 p. 100 dans l'huile sans provoquer de réaction locale (Périer). L'auteur a reconnu qu'il en est de même de la glycérine : il a pu pratiquer le toucher vaginal avec cette substance additionnée de 1/5 d'acide phénique cristallisé, sans provoquer la moindre souffrance; la même manœuvre amène, au contraire, des plaintes fort vives si l'on emploie de la vaseline à laquelle on a incorporé 1/20 de la même substance. Il est probable que d'autres substances sont modifiées de la même manière par les corps gras : *le choix de l'excipient est donc loin d'être indifférent, alors même qu'il n'exerce par lui-même aucune action appréciable sur l'organisme.*

388. — *Du traitement de l'anthrax par l'huile phéniquée (procédé de Périer).*

(Communication à la *Société clinique*, *France médicale*, 1893.)

389. — *De l'atténuation qu'exerce la glycérine sur l'action irritante de l'acide tartrique.*

(*Société de thérapeutique*, 1893.)

Il ressort de ce travail que l'on peut sans inconvénient faire usage d'une préparation d'acide tartrique au vingtième si l'on emploie comme excipient la glycérine, tandis que, si l'on emploie l'axonge ou la vaseline, l'action irritante est vive et très pénible. Il en est donc de l'acide tartrique comme de l'acide phénique (*fait nouveau*).

390. — *Du traitement de l'érysipèle par le salicylate de soude administré intus et extra.*

(Mémoire communiqué à la *Société médicale des hôpitaux*, le 9 août 1881, p. 85-92.)

M. Bochefontaine a montré, et l'auteur lui-même a constaté plusieurs fois, que, si l'on applique, sur une articulation, des compresses imbibées d'une solution neutre de salicylate de soude au 1/20 et recouvertes de taffetas gommé, le médicament passe dans l'urine. L'auteur s'est demandé si le salicylate ainsi absorbé par la peau ne pourrait pas exercer une action sur la phlegmasie *spécifique* (1) qui constitue l'érysipèle, et il a employé, chez treize malades atteints de cette affection, la médication suivante :

1° Application sur la partie malade de compresses imprégnées d'une solution au 1/20 de salicylate de soude, et fréquemment renouvelées ;

2° Administration chaque jour, à l'intérieur, de 4 grammes de salicylate de soude, en trois fois, dans du grog léger.

Deux fois, le passage de salicylate de soude dans l'urine a été constaté chez des malades qui n'en avaient pas encore pris à l'intérieur.

(1) On n'avait pas encore reconnu, à cette date, que l'agent générateur de l'érysipèle est le streptocoque.

L'examen des tracés montre que, presque toujours, la température a baissé notablement, à partir du moment où le traitement par les préparations salicylées a été institué; on peut en conclure que, dans cette maladie comme dans la fièvre typhoïde, les dangers qu'entraîne par elle-même l'hyperpyrexie peuvent être, sinon conjurés, du moins très atténués par cette médication.

D'autre part, il semble bien que, dans plusieurs cas, l'évolution de la maladie ait été notablement abrégée, quelquefois même brusquement interrompue.

391. — *Traitement abortif de l'érysipèle par l'icthyol.*

(*Bulletins de la Société de thérapeutique*, 1893.)

392. — *Des progrès réalisés, au cours des dernières années, dans les préparations emplastiques destinées au traitement des maladies de la peau. Rapport présenté à la Société de thérapeutique le 13 janvier 1892.*

(*Bulletins de la Société de thérapeutique*, 1892.)

393. — *Traitement du phagédénisme du chancre simple par la solution forte de tartrate ferrico-potassique.*

(Avec M. Macrez, S. D. F., 1895.)

Résultats très favorables.

394. — *Rapport à l'Académie sur un travail de M. Bonnet relatif au traitement de l'ozène par le bleu de méthylène.*

395. — *Sur deux cas d'intoxication par la pommade au sulfonal chez des sujets atteints d'érythrodermie prémycosique.*

(S. F. D., 1900, p. 317.)

L'auteur a constaté que le sulfonal, appliqué localement, soulage des prurits qui résistent à tout autre topique; mais les faits

rapportés dans ce travail montrent qu'il faut s'abstenir d'appliquer ce médicament en fortes proportions sur de larges surfaces cutanées mises, par le fait d'altérations morbides, en situation d'absorber le médicament plus activement que ne peut le faire la peau saine. En effet, chez ces deux mycosiques, des frictions quotidiennes avec 100 grammes d'une pommade contenant un vingtième de sulfonal ont déterminé, au bout de peu de temps, des phénomènes de torpeur, d'hébétude et de prostration qui ont persisté pendant plusieurs jours après la cessation de cette médication.

396. — *Des résultats donnés par l'emploi du naftalan en dermatologie.*

(S. F. D., 1900, p. 156.)

L'auteur a essayé avec un succès médiocre ce médicament dans le psoriasis, l'acné, les ulcères variqueux, l'eczéma subaigu ; c'est seulement dans les formes chroniques de cette dernière dermatose qu'il en a obtenu des effets utiles.

397. — *Traitement des acnés.*

(*Traité de thérapeutique.*)

398. — *Traitement de la gale.*

(*Ibid.*)

399. — *Traitement des pityriasis.*

(*Ibid.*)

400. — *Prophylaxie de l'érysipèle de la face à répétition par la désinfection des fosses nasales.*

(*Congrès d'hygiène*, 1900.)

Les fosses nasales sont le point de départ habituel des érysipèles de la face, surtout de ceux qui récidivent à diverses

reprises; elles sont alors le siège d'excoriations qui forment des portes d'entrée pour les streptocoques et un milieu favorable à leur pullulation. Il est indiqué, chaque fois que l'on constate l'existence de ces altérations, de pratiquer l'antisepsie de ces cavités; l'un des meilleurs moyens est un badigeonnage, renouvelé matin et soir, de leurs parois avec de l'huile phéniquée au vingtième.

V

ÉTUDES SUR LES MALADIES SYPHILITIQUES

(Voir *Variétés morbides nouvelles*, numéros XV et XLIII, et, dans la dermatologie générale, l'article *Proliférations locales dans les maladies infectieuses*.)

Quelque puissamment travaillé et profondément creusé qu'ait été le terrain, quelque belles qu'y aient été les moissons, on trouve encore à y glaner.

401. — *Production gommeuse à la périphérie d'une cicatrice chancreuse du menton simulant une récidive.*

(S. F. D., 1893.)

402. — *Sur la localisation et le développement anormal de syphilides érythémateuses papuleuses autour de chancres indurés.*

(S. F. D., 1898, p. 79.)

403. — *Sur une vaste syphilide ulcéreuse précoce à progression excentrique développée autour d'un chancre induré.*

(Avec M. Bricet, S. F. D., 1899, p. 216.)

404. — *Cautérisation d'un chancre induré à l'aide du nitrate acide de mercure.*

(*Bulletin de thérapeutique.*)

Les faits mentionnés ci-dessus et d'autres non publiés ont conduit l'auteur à admettre :

1° Que les éléments virulents multipliés dans l'induration primitive ont une activité plus grande que ceux des manifestations secondaires et tertiaires ;

2° Qu'ils peuvent y séjourner à l'état latent et s'y revivifier en donnant lieu à de nouvelles manifestations dans les phases ultérieures de la maladie.

Cette conception théorique a pour conséquence pratique que l'on peut tenter d'atténuer la puissance infectieuse d'une syphilis en pratiquant l'ablation de l'accident primitif, ou, s'il s'agit d'un chancre nain, en le détruisant à l'aide du nitrate acide de mercure, caustique qui a l'avantage d'exercer une action spécifique ; il est indiqué de recourir à ce traitement abortif chaque fois que faire se peut.

405. — *Sur un chancre induré sourcilier consécutif à une morsure.*

(Avec M. Trastour, S. F. D., 1900, p. 322.)

406. — *Sur un chancre induré de la paupière.*

(Avec M. Le Sourd, A. D., 1899, p. 91.)

407. — *Deuxième note sur un chancre induré de la paupière.*

(Avec M. Le Sourd, S. F. D., 1899, p. 151.)

Ce fait a été intéressant par le développement très peu marqué et la durée éphémère de l'adénopathie initiale.

408. — *Des syphilides papulo-tuberculeuses à progression excentrique.*

(*Musée de l'Hôpital Saint-Louis*, iconographie avec texte explicite.)

Dans les syphilides papulo-tuberculeuses en groupes, l'évolution des lésions montre qu'il s'agit de processus locaux : la lésion initiale est un gros tubercule isolé ; il subit bientôt une évolution rétrograde, mais, auparavant, il s'entoure d'une couronne d'éléments semblables, moins volumineux; cette multiplication ne peut s'expliquer que par la migration, en dehors du foyer initial, des germes contages dont la prolifération en a été la cause prochaine, et par leur multiplication secondaire en d'autres foyers ; nous appliquons à ce processus le nom d'*intra-inoculation*; les éléments secondaires étant moins développés, il faut admettre une diminution dans l'activité du contage intra-inoculé; la production de ces intra-inoculations secondaires est des plus remarquables, puisque le sujet est devenu réfractaire à toute nouvelle inoculation du virus.

Ces processus locaux modifient la conception qui naguère encore régnait relativement au mode de production des diverses manifestations de la syphilis : on ne doit plus la considérer comme une maladie définitivement généralisée ; l'immunité contre une seconde atteinte ne doit pas faire admettre une persistance de la généralisation, pas plus que pour les fièvres éruptives. Si l'on envisage l'évolution de la syphilis, ses périodes de latence, parfois si prolongées, l'intégrité absolue, ainsi que le fonctionnement et le mode de réaction normaux, des parties exemptes de manifestations, la non-transmission fréquente de la maladie aux produits fœtaux après la période secondaire, et enfin, ces intra-inoculations successives qui provoquent et caractérisent ses manifestations tardives, on est conduit à admettre qu'après une phase assez courte de généralisation la maladie n'est plus représentée que par un certain nombre de foyers

latents ou en activité et localisés, suivant les milieux de culture des sujets, soit dans un des organes constitutifs de la peau, soit dans les parois artérielles, soit dans les os, soit dans le système nerveux, soit dans les viscères. Il est très probable que c'est par les toxines qu'ils engendrent que ces dépôts virulents donnent lieu à des altérations cutanées ; certains faits semblent indiquer que les conditions de terrain nécessaires pour la genèse des éléments infectieux et la réaction spéciale sous l'influence des toxines n'existent pas simultanément dans toutes les parties des téguments ; il en est ainsi de ceux dans lesquels la syphilide se dispose d'emblée en ligne courbe, sans qu'il se soit produit un tubercule ou une gomme initiale : on peut supposer, en pareil cas, qu'un dépôt et une prolifération du contage ont eu lieu au centre virtuel de cette courbe, mais que les toxines engendrées dans ce point n'ont pu y déterminer un processus phlogogène et que celui-ci ne s'est produit qu'au niveau des dépôts secondaires formés par la migration excentrique des éléments contagieux.

Si la syphilis, dès la fin de sa période secondaire, n'est plus constituée que par un certain nombre de foyers locaux, on conçoit comment des sujets atteints de manifestations locales graves peuvent engendrer des produits sains et réagir normalement sous l'influence de traumatismes.

Ces déductions nous entraînent bien loin de l'être de raison admis jadis sous le nom de *diathèse syphilitique*.

409. — *Note sur un fait de syphilis à évolution anormale.*

(A. D., 1887.)

Ce fait montre que la syphilis peut, après avoir donné lieu à des lésions circonscrites et destructives, se traduire de nouveau, plus de quatre ans après son début, par des manifestations généralisées et superficielles ; elles ont consisté, dans ce cas, en une éruption de papules d'aspect lichénoïde ; l'affection différait de la syphilide papuleuse vulgaire par le groupement des éléments

en arcs de cercle, leur couleur cuivrée, leur longue durée et leur résistance prolongée au traitement.

410. — *Des récidives* in situ *des syphilides.*

(*Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie*, 1889.)

Le plus habituellement, les syphilides ne récidivent pas dans la cicatrice même d'anciennes syphilides, mais bien à leur périphérie, dans leur voisinage immédiat; il en est de même, selon toute vraisemblance, pour les syphilomes développés dans les viscères : c'est pour cette raison que leurs symptômes se modifient; c'est là un des caractères des encéphalopathies syphilitiques. (On peut en dire autant des angines de poitrine spécifiques.)

411. — *Sur un cas de syphilides papuleuses en courbes concentriques et en cocardes.*

(S. F. D., 1891.)

Ce fait diffère surtout de ceux qui ont été publiés jusqu'ici par la complexité de la cocarde, qui ne compte pas moins de quatre cercles concentriques, et par l'identité d'aspect des différents groupes de papules qui constituent chacun de ces cercles; celles du centre ne sont ni plus volumineuses, ni plus livides, ni plus effacées que celles de la périphérie; elles semblent toutes du même âge, d'une même poussée.

412. — *Éruption bulleuse sur une cicatrice syphilitique récente.*

(Avec M. Trastour, S. F. D., 1900, p. 392.)

Cette éruption bulleuse n'a pas eu le caractère spécifique; elle doit être considérée comme le résultat d'un trouble tropho-névrotique lié à l'action du tissu de cicatrice sur les nerfs qui y sont inclus; elle est comparable à celles que l'auteur a vu se produire dans les cicatrices d'ulcères variqueux (V. *Variétés morbides nouvelles*, N° XLIV).

413. — *Sur trois nouveaux cas de syphilides prurigineuses.*

(Avec M. Trastour, S. F. D., 1900, p. 229.)

Considéré à juste titre comme rare, le prurit n'est pas cependant très exceptionnel dans les syphilides secondaires et son existence n'a pas de valeur négative au point de vue du diagnostic. L'auteur en signale trois nouveaux cas observés simultanément dans son service. Dans deux d'entre eux, il s'agissait de syphilides lichénoïdes. Il faut admettre, soit un mode de réaction spéciale du sujet, soit la localisation des syphilomes dans les parties du derme dont l'excitation donne lieu au prurit. Le grattage ne détermine pas, en pareil cas, de prurigo.

414. — *Syphilide en nappe du cuir chevelu simulant l'alopécie séborrhéique.*

(Avec M. Bureau, *Ibid.*, 1896.)

Tout le cuir chevelu est envahi, à l'exception d'un petit espace; sa coloration est d'un rose pâle et il est le siège, non, comme d'habitude, d'une desquamation fine, presque microscopique, mais de squames larges et épaisses; les cheveux sont grêles et clairsemés, comme dans l'eczéma séborrhéique; la continuité des altérations du cuir chevelu avec des syphilomes du front et de la nuque permet d'éviter une confusion.

415. — *Séborrhée et syphilis.*

(S. F. D., 1901, p. 246.)

Non seulement le terrain séborrhéique est souvent un lieu d'élection pour le contage syphilitique, mais il se produit parfois de véritables hybrides séborrhéo-syphilitiques; les syphilides sont modifiées dans leur aspect par la séborrhée concomitante.

416. — *Sur un cas de dermatose papulo-squameuse de nature indéterminée.*

(Avec M. Emery, S. F. D., 1899, p. 440.)

417. — *Deuxième note sur une dermatose de nature indéterminée.*

(Avec M. Emery, S. F. D., 1900, p. 2.)

418. — *Troisième note sur une dermatose papulo-squameuse dont la nature n'a pu être primitivement déterminée.*

(Avec M. Emery, S. F. D., 1900, p. 256.)

419. *Quatrième note sur un cas de syphilis anormale.*

(Avec M. Emery, S. F. D., 1900, p. 67.)

Il s'est agi d'une syphilide tellement anormale que le diagnostic n'a pu être formulé par les auteurs, non plus que par leurs collègues de la Société de dermatologie, qu'après trois mois d'observation ; les auteurs ont tiré de ce fait les conclusions suivantes :

Une syphilide papuleuse peut donner lieu à des sensations de prurit comparables à celles de la gale ; elle peut s'accompagner d'une desquamation en larges lambeaux ; ses papules peuvent être ombiliquées comme celles du lichen plan ; elles peuvent être agglomérées en rubans qui s'anastomosent de manière à rappeler l'aspect des colliers de corail décrits par Kaposi dans le lichen plan.

420. — *Sur les troubles de pigmentation et de vascularisation que provoquent fréquemment à leur périphérie les syphilides secondaires.*

(S. F. D., 1900, p. 155.)

421. — *Contribution à l'étude des syphilides pigmentaires.*

(*Jubile Schrift du professeur Kaposi* et A. F. D., 1900.)

Les conclusions de ce travail peuvent se résumer ainsi :

1° Les achromies syphilitiques ont pour point de départ une papule, le plus souvent miliaire;

2° On trouve fréquemment, au centre des macules non colorées, un îlot pigmenté qui représente cette papule initiale;

3° Cet élément initial passe souvent inaperçu, soit qu'il soit très fugace ou peu prononcé, soit qu'il se développe profondément dans le derme sans être perceptible à l'examen de la surface cutanée;

4° Cette papule provoque à distance, soit primitivement, soit à la suite d'une hypérémie, une hyperchromie anormale;

5° Cette hyperchromie ne se manifeste pas dans le voisinage immédiat de l'élément initial, d'où la production d'une zone non colorée qui tranche par sa pâleur relative sur la coloration des parties ambiantes; la papule syphilitique exerce ainsi sur son voisinage immédiat une action semblable à celle de la plaque psoriasique, mise en évidence par la chrysarobine, l'acide pyrogallique, l'ichthyol ou l'huile de cade;

6° Ces caractères n'appartiennent pas seulement aux syphilides pigmentaires du cou : souvent des papules disséminées sur la surface du tronc ou des membres s'entourent également d'aréoles non colorées qui deviennent plus évidentes lorsqu'on les examine à l'aide de verres bleus; on peut les rendre très apparentes par un badigeonnage avec la chrysarobine;

7° Il semble que la néoplasie exerce sur le tégument qui l'entoure, soit une vaso-constriction (cette interprétation est peu probable en raison de la durée souvent fort longue de ces macules achromiques), soit plutôt une action d'arrêt qui l'empêche de prendre part à l'hyperchromie et aussi à l'hypérémie qui précède souvent, si ce n'est toujours, cette dernière;

8° L'étude attentive des syphilides maculeuses du cou vient ainsi fournir des données nouvelles relativement aux caractères cliniques ainsi qu'à l'action pathogénique des néoplasies syphilitiques secondaires étudiées dans leur ensemble.

422. — *Gommes symétriques des régions épitrochléennes; cause probable de cette localisation.*

(S. F. D., 1893.)

Le développement d'une tumeur gommeuse dans une partie d'un membre peut, selon toute vraisemblance, donner lieu, dans la partie exactement symétrique du membre opposé, à un trouble de l'innervation trophique qui la transforme en un milieu de culture favorable à la prolifération des germes contages provenant du premier foyer et y déterminer ainsi le développement d'une tumeur gommeuse identique à la première (*interprétation nouvelle*).

423. — *Sur les syphilis régionales à localisations cutanées et osseuses.*

(*Ibid.*, 1894.)

Les parties du squelette sous-jacentes aux syphilides tertiaires deviennent assez fréquemment le siège d'exostoses ou de périostoses.

Celles-ci sont bien nettement subordonnées à celles-là, car partout ailleurs le squelette est intact.

La syphilis mérite en pareils cas le nom de *régionale*.

Il ne s'agit pas là d'une propagation directe, car les tissus intermédiaires restent indemnes.

Il est probable que la lésion cutanée exerce à distance, dans le squelette sous-jacent, un trouble trophique qui en fait un milieu favorable au développement du contage; les choses se passeraient suivant le même mécanisme que nous avons admis pour les syphilomes symétriques.

424. — *Syphilides rupioïdes et gangreneuses précoces.*

(*Musée de l'hôpital Saint-Louis*, n° 27, iconographies avec texte explicite.)

Le rupia syphilitique précoce peut se compliquer de gangrène ; il peut intéresser le tissu sous-dermique ; il peut se développer sans cause appréciable chez des sujets athlétiques, exempts d'éthylisme et d'autres tares constitutionnelles ; il est justiciable d'un traitement mixte énergique ; il n'est vraisemblablement pas dû à l'association de microbes pyogènes.

Sa cause prochaine paraît être une suractivité du virus préexistante ou créée par l'organisme en raison d'une prédisposition indéterminée, héréditaire ou acquise.

425. — *Sur un cas de syphilomes multiples des os intéressant particulièrement plusieurs vertèbres dorsales.*

(S. F. D., 1894.)

La formation, chez certains sujets, de syphilomes multiples des os indique que chez eux le tissu osseux constitue un milieu favorable à la culture et au développement du contage ; ces syphilomes peuvent donner lieu à un mal de Pott spécifique, conformément aux vues de M. A. Fournier; ils offrent une remarquable résistance au traitement.

426. — *Sur un nouveau cas de syphilome avec tuméfaction de la lèvre inférieure.*

(*Ibid.*, 1894.)

Ce n'est pas parce qu'elle offre un terrain spécial au développement du contage syphilitique, mais en raison de la constitution spéciale de son réseau lymphatique que la lèvre inférieure doit de se tuméfier lorsqu'elle devient le siège de syphilomes tertiaires; le traitement local par compression se trouve ainsi indiqué comme adjuvant pour ces syphilomes.

427. — *Sur un cas de syphilides ulcéreuses du crâne avec suppuration et séquestre.*

(Avec M. Trastour, S. F. D., 1900, p. 226.)

La présence du séquestre entretient une suppuration qui durera jusqu'à son élimination ; il provoque ainsi une infection contre laquelle le traitement spécifique est impuissant; il y a menace d'une encéphalopathie suppurative qui entraînerait plus ou moins rapidement la mort : l'ablation chirurgicale du séquestre est donc indiquée.

428. — *Cicatrisation en cercles concentriques d'ulcères de jambes syphilitiques.*

(Avec M. Lemierre, S. F. D., 1900, p. 393.)

La disposition en cercles concentriques de ces ulcérations n'était, en aucune mesure, appréciable lorsque la malade s'est présentée à l'observation ; ce n'est qu'ultérieurement, dans le cours de la cicatrisation, qu'elle s'est manifestée ; elle peut donc être latente.

429. — *Sur la persistance des syphilides ulcéreuses des régions plantaires et sa cause prochaine.*

(Avec M. Trastour, S. F. D., 1900, p. 386.)

430. — *Nouveau cas de persistance d'ulcérations syphilitiques plantaires malgré un traitement énergique* intus et extra.

(Avec M. Fouquet, 1901, p. 249.)

Malgré un traitement général, d'abord par des injections de calomel, puis par des frictions mercurielles en même temps que par l'iodure de potassium, un traitement local par l'application permanente de compresses de tarlatane imprégnées d'une

solution de sublimé au cinq millième, et le repos au lit, les ulcérations plantaires ont persisté alors que celles du visage et du tronc s'étaient cicatrisées ; l'auteur attribue cet insuccès à la structure de la région.

Un de ses caractères essentiels est l'épaisseur considérable et la densité de son épiderme : selon toute vraisemblance, les agents médicamenteux, aussi bien externes qu'internes, ne peuvent pénétrer dans la profondeur de ce tissu ; le liquide, appliqué localement, ne fait qu'en imprégner la surface, et les phagocytes, vecteurs du mercure, apportés par le courant sanguin à la surface des papules, ne peuvent aller plus loin et franchir la barrière que leur opposent ces couches épaisses d'épiderme ; l'agent infectieux peut donc continuer à exercer son action nocive sans être atteint par le médicament.

Ces faits montrent une fois de plus à quel degré il faut tenir compte des différences de structure que présente, dans les diverses parties du corps, la structure de la peau, si l'on veut comprendre la pathogénèse de ses altérations.

431. — *Sur un cas de syphilis mutilante de la face avec localisation oculaire.*

(Avec M. Fouquet, S. F. D., juin 1901, p. 276.)

Les altérations oculaires ont suivi chez ce malade une marche terrifiante : en trois jours, la vision a été presque entièrement abolie du côté atteint ; il semble s'être produit une panophtalmie spécifique.

432. — *Sur un cas d'altérations profondes des cornées survenues secondairement sous l'influence de gommes palpébrales.*

(Avec M. Lemierre. S. F. D., 1901.)

Ce fait montre que les altérations syphilitiques des paupières peuvent entraîner des troubles graves de la vision ; les cicatrices

qui leur font suite se rétractent ; il en résulte une ectopie qui aboutit à une lagophtalmie ; la cornée, n'étant plus protégée, s'altère profondément ; il y a lieu de pratiquer en pareil cas la blépharoplastie.

433. — *Sur un cas de syphilis anormale.*

(Avec M. Villaret, S. F. D., juillet 1901.)

434. — *Sur une forme végétante de syphilome lingual et son diagnostic avec l'épithéliome.*

(S. F. D., 1890.)

Il résulte de ce travail que les syphilomes linguaux peuvent persister et continuer à proliférer malgré un traitement intensif ; qu'ils peuvent occuper simultanément les parties profondes de l'organe et les parties sous-jacentes à la muqueuse ; qu'ils peuvent constituer des tumeurs indurées et végétantes ; qu'ils peuvent prendre la forme d'excroissances papillomateuses ; qu'ils peuvent s'accompagner d'adénopathies.

435. — *Syphilome ou épithéliome buccal.*

(Avec M. Tostivint, S. F. D., 1899, p. 69.)

436. — *Sur les caractères différentiels des cicatrices consécutives aux boutons des pays chauds et des cicatrices d'origine syphilitique.*

(S. F. D., 1891.)

Les cicatrices de ces boutons peuvent offrir les plus grandes analogies avec celles des syphilides ; elles en diffèrent par l'aspect abrupt et nettement tranché de leurs bords.

437. — *Pathogénie du tabes syphilitique.*

(S. F. D , mars 1902.)

438. — *Pathogénie du tabes syphilitique.*

(S. F. D., avril 1902.)

L'auteur considère le tabes comme lié, selon toute vraisemblance, à la localisation de néoplasies spécifiques, probablement sous la forme de petites gommes ou d'artérites circonscrites, dans le système nerveux centripète et plus particulièrement dans les ganglions spinaux ou encéphaliques, et à une dégénérescence secondaire avec sclérose consécutive des neurones de sensibilité. Cette interprétation explique tous les phénomènes observés et peut seule les expliquer. Elle confirme en tous points la manière de voir qu'a exprimée M. A. Fournier en disant : *le tabes est d'origine, non de nature, syphilitique.* Elle montre comment le traitement spécifique peut être efficace, au début des manifestations spinales et au moment des poussées nouvelles, alors qu'il reste radicalement impuissant contre la maladie confirmée (voir les numéros 462-463).

439. — *Syphilis héréditaire ou acquise de la première enfance.*

(Avec M. Leredde, S. F. D., 1898, p. 330.)

440. — *Tabes dorsalis avec altérations dentaires provenant vraisemblablement d'une syphilis héréditaire.*

(Avec M. Lemierre, S. F. D., 1901, p. 85.)

441. — *Sur un cas probable de syphilis héréditaire et compliquée d'une infection tégumentaire à marche progressive.*

(S. F. D., juillet 1901, p. 380.)

L'action du traitement a confirmé le diagnostic de ce cas complexe.

442. — *Étude sur les atrophies cuspidiennes systématisces de la seconde dentition.*

(Avec M. Edmond Fournier, S. F. D., avril 1902.)

L'existence simultanée de ces dystrophies cuspidiennes des incisives, des canines et des premières grosses molaires implique l'idée d'un facteur quelconque venant troubler l'organisme à une époque où ces dents sont en voie de calcification, c'est-à-dire dans les trois derniers mois de l'existence intra-utérine et dans les trois ou quatre premiers mois de l'enfance.

La syphilis doit être placée au premier rang parmi les maladies qui intéressent l'organisme dans cette période de son développement.

Mais, par contre, elle ne peut être seule incriminée. Le nombre des faits dans lesquels il a été impossible aux auteurs de la retrouver indique que d'autres facteurs peuvent être mis en cause.

Il est vraisemblable que toutes les grandes maladies infectieuses sont capables de provoquer les mêmes désordres. Les observations des auteurs établissent cependant catégoriquement qu'il en est rarement ainsi pour la tuberculose.

Leur fréquence chez les idiots semble indiquer que le développement des centres psychiques s'accomplit à la même période de la vie que celui de cette seconde dentition.

Pour ce qui est de l'hérédité directe d'une anomalie similaire ou dissemblable mise en cause par M. Galippe, fût-elle constatée dans un certain nombre de cas, le rôle de la syphilis n'en demeurerait pas moins des plus importants.

443. — *De l'ectropion consécutif à la syphilis mutilante de la face.*

(En collaboration avec M. Wickham, S. F. D., 1889.)

La syphilis mutilante de la face peut donner lieu, par la rétraction de ses cicatrices, à la formation d'un ectropion assez

étendu pour mériter le nom de *panectropion*. Les paupières sont en pareils cas, totalement déformées et presque méconnaissables; la muqueuse étalée peut simuler une syphilide. Il en résulte une altération toute particulière, profonde et indélébile des traits; la cornée, n'étant plus protégée, devient le siège d'altérations profondes qui ont pour conséquence fatale la perte rapide et complète de la vue. Le traitement spécifique n'a aucune influence sur cette déformation; seule, l'autoplastie, par la méthode italienne, peut y remédier. Cette opération a été pratiquée avec un plein succès chez une de nos malades par M. Berger.

444. — *Syphilide mutilante de la face avec bifidité du lobule nasal.*

(*Réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis*, A. D., 1889.)

Une syphilide ulcéreuse a, depuis trois mois, divisé le nez en deux, dans ses deux tiers inférieurs, par une perte de substance qui intéresse les téguments dans toute leur épaisseur, ainsi que le cartilage de la cloison; elle est plus large au niveau de sa partie moyenne qu'au niveau du lobule dont les deux moitiés restent contiguës. Les ailes sont intactes dans leur partie externe, mais leurs parties internes sont détachées l'une de l'autre ainsi que de la lèvre : elles se meuvent librement en se contournant un peu en dehors, et cette déviation s'accentue légèrement à chaque mouvement inspiratoire. Cette bifidité du lobule rappelle singulièrement celle que l'on observe chez certaines races de chiens : elle donne à la physionomie un aspect étrange. M. A. Fournier a déclaré ne pas connaître de fait semblable.

445. — *Sur trois cas de poussées tuberculeuses ganglionnaires et cutanées survenues peu de temps après une infection syphilitique.*

(S. F. D., 1901, p. 183.)

1° La syphilis, dans ses phases initiale et secondaire, peut

donner un coup de fouet à une tuberculose latente ou favoriser le développement de cette maladie;

2° Les manifestations de cette tuberculose peuvent se localiser avec prédilection dans les ganglions, le tissu cellulaire sous-dermique ou la peau;

3° Cette tuberculose ganglionnaire peut marcher de pair avec la roséole;

4° La tuberculose post-syphilitique peut être également sous-périostée et donner lieu à la production de volumineuses collections purulentes;

5° Il ne s'agit pas là de véritables hybrides; la syphilis ne paraît avoir d'autre action que de créer ou d'augmenter une prédisposition du sujet à la tuberculose, en d'autres termes, de faire de cet organisme, et plus particulièrement de ses ganglions, un milieu favorable au développement du bacille de Koch.

446. — *La syphilis et les infections associées.*

XIIIe Congrès international de médecine. (Section de dermatologie et de syphiligraphie. Paris, 2-9 août 1900.)

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° La concomitance de certaines infections généralisées peut enrayer, d'une manière passagère ou durable, l'activité du contage syphilitique; il en est ainsi des maladies fébriles et plus particulièrement de l'érysipèle : elles agissent vraisemblablement par l'intermédiaire de leurs toxines; ce ne sont pas là des infections associées;

2° Il existe de véritables hybrides constituées par l'union, dans un même néoplasme, du contage syphilitique et d'un autre agent infectieux. Les plus communes sont celles où la combinaison a lieu avec les microbes pyogènes et avec celui du chancre simple; vient ensuite celle avec l'épithéliome; l'association avec le bacille de Koch s'observe plus rarement. Il ne faut pas confondre la concomitance ou l'influence réciproque causée par les

troubles de la nutrition générale avec l'association vraie qui seule constitue l'hybridité;

3° La mise en contact persistante de syphilomes avec des microbes pyogènes et leurs produits de sécrétion peut, d'une part, modifier leurs caractères, d'autre part, créer des altérations parasyphilitiques (otite, sinusite, dacryocystite, méningite, encéphalite, etc.), qui constituent de graves complications. Les syphilomes suppurés, végétants, croûteux, rupioïdes, peuvent se développer sous l'influence de microbes associés; il faut tenir compte, à cet égard, du mode de réaction du sujet;

4° Il est possible, mais non démontré, que la contamination mixte par l'agent générateur de la syphilis et par des microbes pyogènes anaérobies, donne lieu à des syphilides suppuratives d'emblée; l'invasion des pyogènes dans les syphilomes est le plus habituellement secondaire : on peut alors les désigner sous les noms de strepto-syphilides, de staphylo-syphilides, etc.;

5° Les associations des syphilides et des séborrhéides sont des plus fréquentes et variées dans leurs formes;

6° Les syphilides et les manifestations diverses de la tuberculose évoluent souvent parallèlement sans s'influencer réciproquement, aussi bien dans la syphilis acquise que dans l'héréditaire.

447. — *Prophylaxie de la syphilis.*

(*Congrès international d'hygiène*, 1900.)

448. — *Sur la lutte contre la propagation* A MASCULO *des maladies vénériennes.*

(Conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes, Bruxelles, 1899.)

Entre autres moyens l'auteur demande la création, dans chaque hôpital, d'un service spécial pour les maladies vénériennes, avec distribution gratuite de médicaments.

449. — *De l'action comparative du traitement local des syphilides ulcéreuses par l'eau bouillie et la solution de sublimé.*

(S. F. D., 1901, p. 2.)

Chez plusieurs malades, des syphilides ulcéreuses ont été traitées localement, sans préjudice de la médication interne, par l'application de compresses de gaze imprégnées, les unes d'eau bouillie, les autres d'une solution de sublimé au cinq millième : il a été manifeste que celles-ci se sont plus rapidement cicatrisées.

450. — *Valeur des injections hypodermiques dans le traitement de la syphilis.*

(S. F. D., *Ibid.*, 1896.)

451. — *Traitement de la syphilis par les injections de salicylate de mercure.*

(Avec M. Bureau, S. F. D., 1896.)

Les injections de sels solubles sont trop douloureuses pour que l'on puisse les employer à doses suffisantes, sauf chez des sujets atteints d'anesthésie.

Avec les injections d'huile grise, on ne peut graduer journellement la dose du médicament ; les injections de calomel, très douloureuses, doivent être réservées aux cas dans lesquels une intervention énergique et immédiate est indiquée, ainsi qu'aux manifestations rebelles de la maladie.

Les nodosités consécutives aux injections de sels insolubles peuvent constituer des lieux d'élection pour les manifestations ultérieures de la syphilis.

Les injections intramusculaires de salicylate de mercure sont un des meilleurs moyens d'administration du médicament; les douleurs qu'elles provoquent sont très tolérables : elles sont remarquablement actives et peuvent entrer dans la pratique

courante de la syphilothérapie. (D'après les expériences toute récentes et non encore publiées de l'auteur, il en est de même du produit nouvellement introduit dans la matière médicale sous le nom d'*hermophényl*; il est également bien supporté par les voies digestives.)

452. — *Du Mercure, action physiologique et thérapeutique.*

(Paris, 1878, in-8°, 272 pages.)

453. — *Action du mercure sur les maladies infectieuses.*

(*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1878.)

La monographie intitulée *Du Mercure, action physiologique et thérapeutique*, est le travail le plus complet qui ait été fait sur ce sujet ; elle expose l'état de la science au moment où elle a été publiée, en même temps que des vues et des expériences personnelles à l'auteur.

Elle est divisée en trois parties :

Dans la *première*, l'auteur résume l'histoire, à la fois pleine d'intérêt et riche en enseignements, du médicament.

Les anciens ont condamné l'usage du mercure parce qu'ils le considéraient comme un *poison*. Une révolution s'est faite à ce point de vue dans la thérapeutique : *loin d'éliminer les poisons de leur matière médicale, les modernes les comptent parmi ses agents les plus précieux ; non seulement, il n'y a plus de contradiction entre l'idée de poison et celle de médicament, mais, au point de vue de la physiologie générale, il y a presque identité entre les deux ordres d'agents ; ils ne diffèrent que par l'intensité de leur action.*

La *deuxième partie* est consacrée à l'étude de l'*action physiologique* du mercure (l'auteur entend par là son action sur l'organisme vivant). Elle s'exerce d'abord *localement*, au *point d'application ;* puis, après l'absorption, elle modifie *la constitution des tissus et le jeu des organes* ; elle détermine, enfin des désordres dans les parties par lesquelles *s'élimine le poison.*

L'action sur l'organisme diffère du tout au tout suivant que le médicament a été administré à faibles ou à fortes doses : à fortes doses, il constitue un agent puissant de destruction organique et de dénutrition, il abaisse le chiffre des globules ; à faibles doses, il est plutôt *reconstituant*, il semble élever le chiffre des globules et il augmente le poids du corps.

Ces faits sont en contradiction avec la théorie qui rapporte les effets thérapeutiques du mercure à son action dénutritive (théorie très en honneur au moment où l'auteur a publié son travail). Celle-ci ne se produit pas quand le médicament est donné à de petites doses.

La clinique fournit également des arguments décisifs contre cette manière de voir ; il existe, en effet, toute une série de néoplasies dont la structure offre les plus grandes analogies avec celle des syphilomes : tels sont les nodules de la tuberculose, de la lèpre et de la morve ; or, ces dernières productions ne subissent que d'une manière douteuse l'influence du mercure, tandis que les syphilomes sont rapidement modifiés par ce médicament ; celui-ci doit donc nécessairement, dans ce dernier cas, agir sur le seul élément qui différencie notablement les néoplasies syphilitiques, c'est-à-dire sur leur élément *spécifique*.

On arrive à la même conclusion, quand on considère que le mercure exerce son action, non seulement, comme on l'a dit, sur les manifestations de la syphilis, mais aussi sur la maladie elle-même, considérée dans son ensemble, qu'il en atténue la gravité, et qu'il peut en enrayer l'évolution. (Ce fait est de toute évidence pour la syphilis infantile.)

On peut aller plus loin et essayer de déterminer comment s'exerce cette action du mercure sur les êtres vivants. C'est avant tout un toxique : il tue les végétaux ; il tue les animaux inférieurs ; ses vapeurs tuent dans l'œuf les insectes et les oiseaux. L'auteur a démontré que ses solutions *arrêtent la germination* (expériences sur le cresson alénois traité par la solution de sublimé). Son action toxique est donc *universelle ;* c'est de

toutes ses propriétés la mieux établie et la plus certaine ; elle explique clairement ses effets salutaires dans les maladies de nature parasitaire.

Ne peut-elle pas également rendre compte de son action dans les maladies infectieuses? Les virus et les contages se comportent comme des êtres vivants ; ils ont l'attribut essentiel de la vie, la faculté de se reproduire et de se multiplier. S'il en est ainsi, on peut admettre avec vraisemblance que le mercure exerce sur eux, comme sur tous les êtres vivants, une influence nocive et il devient dès lors possible de comprendre comment les mercuriaux peuvent guérir la syphilis ; comment le vaccin perd ses propriétés quand on le mélange avec une faible proportion de sublimé (Chauveau) (1) ; comment les onctions avec l'onguent napolitain enrayent le développement des pustules de la vaccine et de la variole ; comment le calomel est utile dans la fièvre typhoïde et héroïque dans la dysenterie ; comment, enfin, on a pu en obtenir des résultats favorables dans la plupart des maladies infectieuses.

Les propriétés toxiques du mercure permettent également de s'expliquer pourquoi les médecins continuent, malgré ses très réels inconvénients, à l'employer comme caustique dans le traitement de la pustule maligne et des néoplasies syphilitiques : il n'a pas seulement pour effet de détruire les parties malades ; il exerce sur des produits *spéciaux* une action *spéciale* ; il s'attaque à la *nature* même du mal.

Si l'on considère, enfin, que les éléments anatomiques eux-mêmes peuvent être regardés comme des organites vivant dans le sang et le plasma interstitiel d'une vie propre et autonome, on peut se demander si les mercuriaux, employés à hautes doses, n'exercent pas également sur eux leur action toxique et s'ils ne peuvent pas entraver ainsi l'organisation des globules blancs qui semblent jouer un rôle prépondérant dans la genèse des néoplasies inflammatoires?

(1) CHAUVEAU. Expériences faites sur la demande de l'auteur.

L'auteur a été conduit par ces diverses considérations à admettre, contrairement aux idées qui dominaient alors, que *les effets thérapeutiques du mercure doivent être rapportés surtout à son action toxique ou antibiotique.*

Dans l'article consacré au mode d'administration du mercure chez les syphilitiques, l'auteur étudie complètement la *méthode des injections hypodermiques* et en fait ressortir les avantages et les inconvénients. Elle permet de doser exactement la quantité de mercure que l'on introduit dans l'organisme, d'éviter sûrement les troubles digestifs; mais elle a l'inconvénient de provoquer d'assez vives douleurs et d'amener parfois la formation d'abcès ou d'eschares; la question est encore à l'étude.

454. — *Cautérisation d'un chancre induré par le sublimé, pratiquée dans le but d'enrayer le développement d'une syphilis.*

(*France médicale*, 1885.)

L'excision du chancre induré ne paraît réussir que bien rarement à faire avorter la syphilis.

Peut-être aurait-on plus de chances de succès en traitant la lésion initiale par une substance capable d'agir, en même temps, sur les éléments infectieux qu'elle contient et sur ceux qui sont en voie d'absorption.

Les heureux résultats que donne le traitement local de la pustule maligne peuvent être invoqués en faveur de cette manière de voir. L'auteur a essayé de cette médication chez un malade porteur d'un chancre induré qui datait de cinq jours, et ne s'accompagnait pas encore d'adénopathies; elle a été bien supportée, mais n'a pas empêché la maladie d'évoluer.

455. — *Lettre à M. Diday : Action du mercure sur la syphilis.*

(*Lyon médical*, 1878.)

ÉTUDES
SUR LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

456. — *Des accidents convulsifs dans les maladies de la moelle épinière.*

(Paris, 1871, in-8° de 78 pages.)

L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de rechercher, en s'appuyant sur les données de l'expérimentation, de l'anatomie pathologique et de l'observation clinique, quelle est la pathogénie des phénomènes convulsifs que l'on observe dans les affections organiques de la moelle épinière, suivant quel mécanisme ils se produisent, quelles formes diverses ils peuvent revêtir, quels moyens thérapeutiques on peut leur opposer.

457. — *Étude sur les myélites chroniques diffuses.*

(*Archives générales de médecine.* — Numéros de septembre 1871 à février 1872.)

Ce travail est le premier dans lequel les myélites chroniques diffuses aient été étudiées dans leur ensemble depuis que l'on a séparé les myélites systématiques. Il a été fréquemment cité par les auteurs qui se sont occupés de cette question.

458. — *Des paralysies bulbaires.*

(Paris, 1875, 154 pages avec planche.)

Cette monographie est la première qui ait été faite sur ce sujet.

459. — *Note pour servir à l'étude physiologique de l'apoplexie.*

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1873.)

L'apoplexie ne résulte pas seulement d'un trouble dans les fonctions du cerveau : le ralentissement du pouls, la gêne de la respiration, l'affaiblissement ou la disparition des réflexes nécessaires à la déglutition, et enfin la paralysie momentanée du pouvoir excito-moteur de la moelle, paralysie dont témoignent la suppression des réflexes dans les membres inférieurs, le relâchement des sphincters et l'atonie des muscles, montrent que cet organe et le bulbe y sont également intéressés. Ces faits supposent nécessairement l'*intervention d'une cause qui exerce simultanément son action sur toute l'étendue de l'axe cérébro-spinal.*

Or, on ne constate le plus souvent, à l'autopsie qu'une lésion, quelquefois peu considérable, de l'encéphale. Quels rapports peuvent exister entre cette lésion et les troubles généraux de l'innervation centrale?

On a cru trouver dans l'accroissement que subit la pression intra-cranienne l'explication des phénomènes; d'autres ont invoqué la congestion des centres nerveux. Un fait rapporté par l'auteur est en contradiction avec ces hypothèses : il montre qu'une lésion de la moitié *droite* de l'encéphale peut déterminer l'abolition des mouvement réflexes dans le membre inférieur *gauche*, c'est-à-dire qu'il peut annihiler momentanément le pouvoir excito-moteur d'une moitié du renflement lombaire.

Ce phénomène ne peut s'expliquer, ni par une élévation de la pression intra-rachidienne, ni par une anémie ou une congestion générale de la substance médullaire, car ces différentes causes exerceraient leur action simultanément sur les fonctions de la totalité de l'axe spinal et ne pourraient, par conséquent, donner lieu qu'à des phénomènes bilatéraux. On peut affirmer qu'une action à distance ainsi circonscrite ne se produit, dans ces

circonstances, que par l'intermédiaire des éléments nerveux.

Les conducteurs nerveux sont les seuls éléments qui puissent être mis en cause ; il est probable que l'excitation produite par la lésion de l'encéphale est transmise par leur intermédiaire à la moitié opposée de la moelle et qu'elle en paralyse pour un certain temps les fonctions ; il y a là, sans doute, un phénomène d'*arrêt* comparable à ceux que provoque dans d'autres circonstances l'excitation de diverses parties du système nerveux.

L'ensemble des phénomènes apoplectiques se produit vraisemblablement suivant le même mécanisme.

460. — *Des paralysies du membre inférieur d'origine corticale.*

(En collaboration avec M. Giraudeau.)
(Journal *L'Encéphale*, 1883, p. 331-340, avec figure.)

461. — *Note pour servir à déterminer le trajet intra-cérébral du faisceau supérieur du facial.*

(*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1879, p. 937-944.)

L'auteur conclut, de trois faits d'hémiplégie dans lesquels l'orbiculaire des paupières était intéressé, que son faisceau moteur doit traverser le noyau lenticulaire ou passer dans son voisinage immédiat.

462. — *Du rôle des excitations centripètes dans la pathogénie du tabes dorsalis.*

(*Actes du Congrès médical international de Londres*, 1881, t. I, p. 401.)

463. — *Même sujet.*

(*Bulletins de la Société de biologie*, 1879.)

Le *tabes* semble être avant tout une affection du système nerveux *sensitif*: les troubles de la sensibilité en marquent le début; ils y sont constants et peuvent pendant longtemps

y exister seuls; ils suffisent à rendre compte, dans les cas non compliqués, des troubles de la motilité. L'incoordination peut s'expliquer par la suppression, l'affaiblissement ou la perversion des excitations centripètes, *perçues ou non*, dont l'intervention est nécessaire à la mise en jeu des centres d'innervation motrice spinaux et mésophaliques, et par suite à l'exécution régulière des mouvements; les lésions occupent primitivement et souvent exclusivement les racines postérieures et les parties de l'axe qui sont affectées à la réception et à la transmission des impressions; si l'on considère que l'on trouve, dans les antécédents de la plupart des ataxiques, des circonstances qui ont dû donner lieu à des excitations réitérées du système sensitif et notamment des excès vénériens, des fatigues musculaires et des refroidissements fréquents, on est conduit à penser que, sous leur influence, il se sera développé dans les centres sensitifs ganglionnaires (ganglions des racines postérieures) ou spinaux (substance grise postérieure) d'abord un état d'irritation, puis un processus phlegmasique et enfin la sclérose. L'irritation fonctionnelle des centres d'innervation placés sur le trajet des conducteurs centripètes produirait ainsi la sclérose postérieure comme l'irritation fonctionnelle des centres placés sur le trajet des conducteurs centrifuges provoque la néphro-myélite antérieure, lésion de l'atrophie musculaire progressive. Si cette explication est fondée, on peut concevoir que les excitations réitérées des nerfs de la sensibilité *spéciale* donnent lieu aux mêmes effets que l'excitation des nerfs affectés à la sensibilité commune, et que, par conséquent, la névrite optique devienne dans certains cas le point de départ des lésions scléreuses qui débuteraient alors par le mésocéphale. On s'expliquerait ainsi les faits dans lesquels la névrite optique précède de vingt ans l'apparition des douleurs fulgurantes et de l'ataxie; elle ne serait plus la manifestation initiale, mais bien le *point de départ de la maladie* (1).

(1) Voir numéros 437 et 438, la pathogénie du tabes syphilitique.

464. — *Note sur un cas d'encéphalite traumatique.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1867.)

465. — *Note sur un cas de fracture du crâne avec hémorrhagie méningée.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1867.)

466. — *Note sur un cas de kyste du cerveau avec sclérose diffuse de la moelle épinière.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1869.)

467. — *Sur un fait d'encéphalite subaiguë circonscrite.*

(*Bulletins de la Societé anatomique*, 1869.)

468. — *Sur deux cas de tumeurs du mésocéphale.*

(*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1879.)

469. — *Essai de localisation d'une cécité accompagnée d'hémichorée.*

(Journal *L'Encéphale* et *Union medicale*, 1885.)

L'auteur, après avoir discuté les différentes hypothèses que l'on peut formuler relativement au *siège* de la lésion qui a produit ces troubles fonctionnels, arrive à la localiser dans les *tubercules quadrijumeaux antérieurs*.

470. — *Sur une encéphalo-myélite diffuse distincte de la paralysie générale.*

(*Comptes rendus de la Société de biologie.*)

Certains malades présentent tous les symptômes spinaux de la paralysie générale en même temps que de l'amblyopie, des para-

lysies oculo-motrices et quelquefois des vertiges, sans trouble apparent de l'intelligence. Une partie de ces malades arrivent à la paralysie générale confirmée, d'autres semblent y échapper : ces derniers représentent un type clinique qui n'a pas encore été suffisamment distingué des autres inflammations chroniques des centres nerveux, et particulièrement de la sclérose en plaques et de la paralysie générale.

471. — Article Encéphale du *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

(En collaboration avec M. Jaccoud.)

472-473. — Articles Moelle épinière (pathologie médicale) et Névralgies, du même *Dictionnaire.*

On trouve dans ces articles l'exposition complète de l'état de la science au moment où ils ont été publiés, ainsi que des vues personnelles à l'auteur. Les questions de *classification*, de *physiologie pathologique* et de *pathogénie* y sont particulièrement traitées avec soin; ce sont, à beaucoup d'égards, des mémoires originaux.

Pour ce qui est des névralgies en particulier, l'auteur établit que l'on confond actuellement sous ce nom : 1° un *syndrome* caractérisé par des douleurs paroxystiques intermittentes ou rémittentes et siégeant sur le trajet des nerfs ; 2° un certain nombre d'*états morbides* (*affections*) qui ont pour caractères communs de donner lieu à ces mêmes troubles fonctionnels, d'être localisés dans l'appareil nerveux sensitif et de ne s'accompagner d'aucune modification importante dans l'aspect des parties, ni de troubles graves dans la santé générale, mais qui présentent, à côté de ces analogies, des différences essentielles dans leur pathogénie, dans leur évolution et souvent dans l'ensemble de leurs symptômes et ne devraient pas, en conséquence, être réunis sous une

même étiquette. Il importerait de faire cesser la confusion qu'entraîne cette double faute de nomenclature en réservant le nom de *névralgie* au *syndrome* qui vient d'être défini et en assignant, conformément aux règles de notre nosographie, des dénominations tirées de l'anatomie et de la physiologie pathologiques aux affections diverses dont il est l'expression clinique. L'auteur admet, dès à présent, que les faits groupés sous le nom de *névralgies* répondent non seulement à la *névrose* et, comme l'ont montré Fernet et Landouzy, aux *inflammations subaiguës* et *chroniques,* mais aussi à la *congestion*, à l'*anémie*, à la *compression* et à l'*excitation* à distance des nerfs sensitifs. La classe des névralgies, telle qu'elle a été constituée par les auteurs, comprend donc des états morbides de nature diverse. L'auteur, dans le courant de l'article, s'attache à faire ressortir les différences qui les séparent.

474. — *Troubles de l'innervation dans les membres inférieurs consécutivement à une attitude défectueuse longtemps prolongée.*

(*Association pour l'avancement des Sciences*, 1894.)

ÉTUDES SUR LES MALADIES DES APPAREILS CIRCULATOIRE ET RESPIRATOIRE

A. — Appareil circulatoire.

475. — *Note sur un cas de rupture du cœur.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1866.)

476. — *Note sur un anévrysme vrai de la crosse de l'aorte.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1868.)

477. — *Note sur un anévrysme guéri de la crosse de l'aorte.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1869.)

478. — *Note sur un anévrysme partiel du cœur.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1869.)

479. — *Note sur deux faits de rétrécissement ventriculo-aortique.*

(*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1869.)

Ce fait montre qu'un état de somnolence prolongé peut avoir pour cause prochaine l'anémie du cerveau.

480. — *Note sur deux faits d'oblitération artérielle.*

(*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1869.)

C. — **Appareil respiratoire.**

481. — *La doctrine de la fièvre pneumonique.*

(Revue générale dans la *Revue des Sciences médicales*, 1878, p. 730-739.)

L'auteur combat la théorie qui fait de la pneumonie franche une maladie générale; il montre que tous les phénomènes morbides qui la caractérisent peuvent s'expliquer par la lésion locale.

ÉTUDES DE THÉRAPEUTIQUE (1)

482. — *Du traitement de la fièvre typhoïde par le calomel, le salicylate de soude et le sulfate de quinine.*

(*Mémoire communiqué à la Société médicale des hôpitaux*, le 13 août 1880, p. 55-84.)

483. — *Deuxième communication sur le même sujet.*

(Faite le 28 mai, 1881.)

484. — *Note sur la formation d'acide salicylique libre dans l'estomac des animaux auxquels on a fait ingérer du salicylate de soude en même temps que des aliments.*

(*Comptes rendus de la Société de biologie*, octobre 1880.)

Si l'on dissout du salicylate de soude, préalablement neutralisé, dans une solution d'acide chlorhydrique présentant le même degré d'acidité que le suc gastrique, on peut constater qu'une certaine quantité d'acide se trouve mise en liberté.

Si l'on agite cette solution avec de l'éther, on voit se produire la coloration caractéristique aussitôt que l'on a ajouté quelques gouttes d'une solution de perchlorure de fer; or, l'on sait que l'acide salicylique est soluble et le salicylate de soude insoluble dans l'éther.

L'auteur, avec le concours de M. Ch. Richet, a répété trois fois la même expérience avec le suc gastrique d'animaux en digestion, et il a obtenu constamment le même résultat. Ce fait montre qu'en donnant du salicylate de soude on donne, par cela

(1) Voir les articles consacrés à l'étude des maladies cutanées et syphilitiques.

même, de l'acide salicylique et que l'on peut, en conséquence, administrer ce sel aussi bien que l'acide dans le but d'agir sur les principes infectieux contenus dans les voies digestives.

485. — *Sur un nouvel antipyrétique, le chlorhydrate de kairine (chlorhydrate d'hydrure méthylique d'oxiquinoléine).*

(*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1883.)

486. — *Sur l'action physiologique du chlorydrate de kairine.*

(En collaboration avec M. Girat.)
(*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1883.)

487. — *Sur la thalline et les nouveaux antipyrétiques.*

(*Bulletins de la Société de thérapeutique*, 1885.)

488. — *Sur un cas de condylomes acuminés massifs développés sur des syphilides végétantes et les dangers de la médication chromique.*

(Avec M. Léri, S. F. D., 1899, p. 175.)

Il faut se garder d'employer l'acide chromique en solution concentrée comme caustique contre ces condylomes massifs; l'auteur a vu, pendant ses années d'études, un malade succomber en vingt-quatre heures aux accidents provoqués par la résorption de ce toxique.

489. — *Action parasiticide de l'huile phéniquée.*

(Avec M. Laffitte, *Bulletin de la Société de therapeutique*, 1897.)

Contrairement à l'assertion de Koch, les auteurs établissent que cette action est des plus manifestes.

490. — *Des troubles cardiaques liés au sport vélocipédique.*

(*Congrès d'hygiène*, 1900.)

491. — *Rapport à l'Académie sur un travail de M. Petit concernant les dangers de la bicyclette.*

(1893.)

492. — *Sur le rôle pathogénique de la bicyclette.*

(*Société médicale des hôpitaux*, 1895.)

L'exercice vélocipédique peut produire une fatigue cardiaque non perçue; elle peut ne se traduire que par des pauses cardiaques.

VARIA

493. — *Action de la filtration et de divers antiseptiques sur l'activité des liquides chargés de pepsine; nature du ferment peptique.*

(*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1881, p. 358.)

L'auteur a fait, avec le concours de MM. Charles Richet et Mourrut, une série d'expériences dans le but de déterminer quelle est l'action de la filtration et de divers antiseptiques sur l'activité des liquides chargés de pepsine; il a constaté que la pepsine de laboratoire perd en grande partie ses propriétés digestives si elle a été préalablement filtrée à travers plusieurs feuilles superposées de papier Berzélius et du coton de verre,

tandis que l'on réussit, au contraire, à faire des digestions avec le résidu resté sur le filtre.

La même expérience, répétée avec du suc gastrique de poisson, a donné les mêmes résultats. On a obtenu, au contraire, une peptonisation avec du suc gastrique artificiel préalablement filtré, mais la quantité de peptone ainsi produite n'a pas été déterminée.

Dans une autre série d'expériences, l'auteur a constaté que le sublimé, l'iode, l'acide phénique, ajoutés dans la proportion de 1/2000 au liquide chargé de pepsine, empêchent la peptonisation.

Ces recherches ont été faites dans le but de déterminer si l'hypothèse qui fait de la pepsine un ferment soluble doit être admise sans réserve : cet agent contient, en effet, constamment des corpuscules figurés, émanés des cellules glandulaires de l'estomac. Il est donc légitime de se demander s'ils ne seraient pas les parties actives de la pepsine, surtout si l'on considère que cette substance présente d'incontestables analogies avec les ferments figurés ; comme eux, elle n'agit que dans un milieu déterminé et dans certaines conditions de température ; comme eux, elle est rendue inactive par certains antiseptiques ; comme eux, elle peut conserver indéfiniment ses propriétés. La même pepsine peut faire toujours de nouvelles digestions si on la sépare des peptones ; l'affaiblissement de son activité par la filtration et l'activité du résidu peuvent être invoqués en faveur de la même hypothèse, sans constituer cependant des preuves décisives, car certaines substances solubles sont retenues par les filtres. Sans attribuer à aucun des faits qui viennent d'être exposés une valeur absolue, l'auteur croit pouvoir en conclure que la question mérite d'être examinée de nouveau, et qu'il faut cesser de considérer, sans plus ample informé, la pepsine comme un ferment soluble ; il y aurait lieu d'entreprendre des recherches analogues au sujet des autres agents regardés comme tels.

494. — *Du rôle des globules blancs dans la genèse des néoplasies inflammatoires.*

(Revue critique dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1878, p. 942.

495. — *Recherches sur la circulation du noyau lenticulaire.*

(*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1879, p. 256.)

496. — Article Méphitisme du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

497. — Article Mélanémie du même *Dictionnaire.*

498. — Traduction d'une *Conférence de Virchow, sur le typhus famélique*, 1868.

499. — Articles critiques dans la *Revue des sciences médicales.*

500. — Articles critiques dans l'*Union médicale.*

501 à 508. — Rapports annuels à la *Société Française de dermatologie et de syphiligraphie,* de 1893 à 1902.

509. — *Moulages du musée de Saint-Louis avec notes déposées.*

Parmi ces moulages, 263 représentent des malades étudiés par l'auteur: la plupart d'entre eux ont trait à des observations qui ont été communiquées à la Société de dermatologie et de syphiligraphie; un certain nombre sont accompagnés de notes inédites; plusieurs de ces notes contiennent des faits nouveaux : il en est ainsi de celles où sont décrites le *psoriasis en bretelles*, la *séborrhée nigricans*, la *dysidrose bulleuse*, des *éruptions de nature indéterminée*, le *lichen plan aigu*, etc.

510. — *Sur les progrès de la profession médicale dans la hiérarchie sociale.*

(Association amicale des anciens élèves du lycée Condorcet, 1900.)

TRAVAUX FAITS EN TOTALITÉ OU EN PARTIE

A L'AIDE DE MATÉRIAUX RECUEILLIS DANS LE SERVICE DE L'AUTEUR

BOUTTIER. — *De la Sclérodermie.*

(*Thèse de Paris*, 1886.)

DURON. — *Considérations sur les rapports du psoriasis et du rhumatisme.*

(*Thèse de Paris*, 1886.)

SCHACHMANN. — *Contribution au traitement de la pelade.*

(A. D., 1887.)

L. WICKHAM. — *Sur l'urticaire pigmentée.*

(A. D., 1888.)

COURTOIS-SUFFIT. — *Sur l'œdème aigu circonscrit de la peau.*

(A. D., 1889.)

JEANSELME. — *Leçons cliniques sur la lèpre faites à l'hôpital Saint-Antoine.*

(*Presse médicale*, 1897.)

JEANSELME. — *Manifestations oculaires de la lèpre.*

(En collaboration avec M. Morax, *Annales d'oculistique*, 1898.)

LÉRI. — *Autopsie d'un sarcome mélanique.*

(*Société anatomique*, 1900.)

PITON. — *Traitement des syphilomes de la langue par les pastilles de sublimé.*

(*Thèse de Paris*, 1900.)

PAUL FUMOUZE. — *De l'acné chlorique électrolytique.*

(*Thèse de Paris*, 1901.)

DUPUY. — *Traitement du lupus par le permanganate de potasse.*

(*Thèse de Paris*, 1901.)

TABLE DES MATIÈRES

I

TRAITÉS GÉNÉRAUX

1 à 5. — Traité élémentaire de pathologie générale, comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique (cinq éditions).
6. — Traité pratique de dermatologie.

II

ESPÈCES ET VARIÉTÉS MORBIDES NOUVELLES

I

DES ACRODERMATITES CONTINUES

7. — Sur une asphyxie locale des extrémités avec polydactylite suppurative chronique et poussées éphémères de dermatite pustuleuse disséminée et symétrique.
8. — Deuxième cas de polydactylites suppuratives continues.
9. — Sur un quatrième fait d'acrodermatite suppurative continue.
10. — Sur les acrodermatites continues.
11. — Nouvelle note sur un cas d'acrodermatite continue suppurative avec infection purulente tégumentaire.
12. — Acrodermatites continues suppuratives.

II

ÉRYTHRODERMIES PRÉMYCOSIQUES

13. — Lymphodermie scarlatiniforme, début probable d'un mycosis fongoïde.
14. — Sur la forme érythrodermique généralisée du mycosis fongoïde et les poussées aiguës qui surviennent dans le cours de cette maladie.
15. — Érythrodermies du mycosis fongoïde.
16. — Nouveau cas d'érythrodermie prémycosique.
17. — Nouvelle étude sur l'érythrodermie prémycosique.
18. — Nouveau cas d'érythrodermie prémycosique.

III

19. — Lymphangiectasie suppurative d'origine tuberculeuse.

IV

20. — De l'aplasie moniliforme généralisée des cheveux et des poils.

V

TRICHOTILLOMANIE

21. — Sur la trichotillomanie.
22. — Nouveau cas de trichotillomanie.

VI

LICHEN PLAN ATROPHIQUE

23. — Sur le lichen plan atrophique.
24. — Sur le lichen plan scléreux.
25. — Sur un nouveau cas de lichen plan scléreux.

VII

26. — Lichen plan avec onomanie et dyschromies.

VIII

27. — Lichen en nappe.

IX

LICHEN PLAN AIGU

28. — Communication au Ier Congrès médical international sur la constitution du groupe lichen.
29. — Sur une forme aiguë de lichen plan de Wilson avec poussée érythrodermique.
30. — Lichen plan aigu avec production de bulles et desquamation furfuracée.

X

31. — Nouvelle variété d'angio-névrose donnant lieu a des plaques d'alopécie pseudo-peladique, avec ischémie, anesthésie, achromatose et taches pigmentées.

XI

32. — Nouvelle variété de tropho-névrose caractérisée par des dyschromies et des éruptions lichénoïdes.

XII

33. — Kératodermie palmaire et plantaire unilatérale en foyers, occupant les orifices sudoripares.

XIII

34. — Nouvelle variété d'éruption acnéiforme de la face.

XIV

35. — Cicatrices post-faviques des membres.

XV

36. — Dystrophies multiples et arrêt de développement après la puberté chez un frère et une sœur atteints de syphilis héréditaire a la seconde génération.
37. — Même sujet.

XVI

38. — Dermatite vacciniforme des jeunes enfants.
39. — Dermatite vacciniforme infantile.

XVII

FORME SUPPURATIVE DU PEMPHIGUS VÉGÉTANT DE NEUMANN

40. — Sur une nouvelle forme de dermatite pustuleuse chronique, en foyers à progression excentrique.
41. — Dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique.
42. — Nouvelle étude sur cette maladie.
43. — Étude comparative de la dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique et de la dermatite herpétiforme de Dühring.
44. — Sur un troisième fait de dermatite pustuleuse et végétante en foyers à progression excentrique.
45. — Étude sur la même maladie.
46-47. — Pyodermite végétante.
48. — Nouvelle étude sur une forme pustuleuse et bulleuse de la maladie de Neumann dite pemphigus végétant.
49. — Sur une forme bulleuse suppurative et cicatricielle de la maladie de Neumann.
50. — Nouvelle note sur cette maladie.

XVIII

51. — Forme croûteuse et villeuse du pemphigus foliacé.

XIX

52. — Pemphigus foliacé avec ostéomalacie.
53. — A propos des rapports du pemphigus foliacé avec les altérations osseuses.
54. — Nouvelle note sur un cas de pemphigus foliacé avec ostéomalacie.

XX

FOLLICULITES DÉPILANTES

55. — Eczéma séborrhéique et folliculites avec dépilation.
56. — Sur les folliculites des séborrhéiques et la dépilation qu'elles peuvent provoquer.

XXI

57. — Folliculite gonococcique.

XXII

58. — Périfolliculites agminées d'origine staphylococcique.

XXIII

59. — Erythème bulleux suraigu du dos des mains.
60. — Deuxième note sur cet érythème.

XXIV

61. — Dermatose bulleuse du bras développée sous l'influence d'un vésicatoire permanent.

XXV

62. — Dermatite multiforme a poussées successives.
63. — Deuxième note sur la même maladie.

XXVI

64. — Nouvelle variété de dermatose séborrhéique.
65. — Deuxième note sur une nouvelle forme de dermatose suppurative d'origine probablement séborrhéique.
66. — Troisième note sur une nouvelle forme de séborrhéide.
67. — Quatrième note sur une dermatose séborrhéique aboutissant au psoriasis.

XXVII

68. — Staphylococcie blanche folliculaire ascendante.
69. — Deuxième note sur le même sujet.

XXVIII

70. — Erythème provoqué par l'ichthyol au pourtour de placards d'eczéma avec persistance d'une zone décolorée en leur voisinage immédiat.

XXIX

71. — Dermatite de Duhring avec pigmentation et lichénification consécutive de la peau.
72. — Sur une variété herpétiforme grave de pemphigus chronique avec lichénification, production de cicatrices et troubles persistants de l'intelligence.

XXX

73-76. — Dermatose congénitale avec cicatrices indélébiles, kystes épidermiques et manifestations buccales.

XXXI

77. — Ichthyose avec hypotrophie simulant la sclérodermie.

XXXII

78. — Nouvelle forme suppurative et pemphigoïde de tuberculose cutanée en placards a progression excentrique.

XXXIII

79. — Forme papulo-érythémateuse de tuberculide.

XXXIV

80. — Tuberculides papulo-pustuleuses isolées et agminées.

XXXV

81. — Poussée aiguë de pityriasis rubra pilaire avec érythrodermie exfoliatrice généralisée.

XXXVI

URTICAIRE PIGMENTÉE AVEC CICATRICES

82. — Sur la production de cicatrices dans l'urticaire pigmentée.
83. — Urticaire pigmentée en bandes transversales avec cicatrices.
84. — Urticaire pigmentée avec cicatrices.

XXXVII

NOUVEAU TYPE DE DERMATITE PUSTULEUSE ET PIGMENTAIRE VÉGÉTANTE.

85. — Type morbide non classé, caractérisé par des éruptions disséminées de dermite papuleuse et pustuleuse avec végétations, dyschromies, hyperkératoses et dystrophies unguéales.
86. — Deuxième note sur une nouvelle dermatose pustuleuse et pigmentaire végétante.

XXXVIII

87. — Néoplasie ulcéreuse de la région inguinale.

XXXIX

88. — Lèpre avec poussées aigues de nodules sur le trajet des lymphatiques.

XL

89. — Sur un cas de lèpre axec cicatrices caractérisées par un plissement en crépons de l'épiderme.

XLI

90. — Lèpre en nappes scarlatiniformes persistantes.

XLII

91. — Ulcère de la jambe du a la piqure d'une épine de bougrane.

XLIII

92. — Erythème iris a forme chronique.

XLIV

93. — Poussées bulleuses récidivantes dans les cicatrices d'ulcères variqueux.

XLV

94. — Lupus érythémateux végétant.

XLVI

95. — Œdème chronique d'origine ortiée.
96. — Deuxième note sur un cas de congestions œdémateuses para-urticariennes incessamment récidivantes.

XLVII

97. — Altérations gangreneuses et nécrotiques unilatérales de l'extrémité céphalique.
98-99-100. — Nouvelles notes sur le même sujet.

XLVIII

FORMES NOUVELLES DE LA MALADIE DE DARIER

101. — Sur une espèce particulière d'acné sébacée concrète avec hypertrophie.
102. — Forme suppurée de la maladie de Darier.
103. — Sur un cas de dystrophie congénitale et pigmentaire (akantosis nigricans).
104. — Sur un nouveau cas de maladie de Darier et ses rapports avec la dystrophie papillo-pigmentaire.

XLIX

105. — Séborrhée nigricans.

L

106. — Lymphadénie médiane de la face.
107. — Deuxième note sur une lymphadénie médiane de la face.

LI

DERMITES PAR BAUME DU PÉROU

108. — Sur un cas de dermite pustuleuse provoquée chez un galeux par une friction avec le baume du Pérou mitigé.
109. — Sur deux nouveaux cas de gale aggravés par l'action locale du baume du Pérou mitigé.
110. — Nouveau cas d'accidents provoqués par le baume du Pérou employé dans le traitement de la gale.

LII

111. — Adénomes pilo-sébacés et kératose pilaire symétrique coïncidant avec une atrophie congénitale partielle du système pilaire et l'absence de fonctions sudorales.

LIII

112. — Angine de poitrine d'origine spécifique.

LIV

113. — Forme atrophique et végétante de pemphigus iodique.
114. — Sur une forme nécrotique, bulleuse et végétante d'éruption iodique.

LV

115. — Hémorrhagie bulbo-protubérantielle d'origine iodique.

LVI

116. — Des inflammations réflexes.

LVII

117. — Gangrène secondaire.

LVIII

118. — Sclérose diffuse péri-épendymaire.

LIX

119. — Thrombose basilaire.

LX

120. — Forme prolongée de cocaïnisme aigu.

LXI

121. — Phénomène de Cheynes-Stokes avec arrêt complet du cœur pendant les phases respiratoires; interprétation physiologique et signification pronostique de ce syndrome.

LXII

122. — Compression de la protubérance par une dilatation anévrysmale du tronc basilaire.

III

DERMATOLOGIE GÉNÉRALE

123. — Sur les toxines en dermatologie. Congrès de Moscou.
124. — Notions pathogéniques et indications pathogéniques générales sur les maladies de la peau.
125. — Sur un vice radical de notre classification dermatologique.
126. — Des proliférations locales dans les maladies infectieuses.

IV

ÉTUDES SUR LES MALADIES CUTANÉES

A. — ÉTUDES SUR LES NÉVRO-DERMIES

127. — Note sur un cas de sclérodermie avec atrophie de certains os et arthropathies multiples.
128. — Dermatite bulleuse consécutive à une sclérodermie.
129. — Sur une sclérodermie en bandes limitée à la sphère de distribution du brachial cutané interne.
130. — Études sur les sclérodermies, nouveau cas de morphée.
131. — Sur un cas de sclérodermie en bandes et en aires généralisée avec éruption bulleuse et lichénoïde.
132. — Sur un cas de morphée avec hyperémies et ischémies intermittentes quodidiennes.
133. — Sur un cas de morphæa alba plana.
134. — Sur le traitement de la morphæa alba plana par les bains faradiques.
135. — Sur un cas d'ulcérations tropho-névrotiques liées à un œdème bleu chez un hystérique.
136. — Herpès récidivant de la main.

B. — ÉTUDES SUR LES HERPÈS ET LES ÉRYTHÈMES

137. — Rechute de pneumonie avec poussée d'herpès au niveau d'un zona antécédent de la cuisse.
138. — Sur un cas d'herpès phlycténoïde avec gangrène des muqueuses buccale et pharyngée.
139. — Note sur un cas d'érythème scarlatiniforme survenu dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu.
140. — Sur un cas de dermatite scarlatiniforme avec complications cardiaques.
141. — Herpès fébrile ou zona double.

C. — ÉTUDES SUR LES ACNÉS

142. — Sur deux formes d'acné cornée.
143. — Nouveau cas d'acné kératique.
144. — Des acnés et, plus particulièrement, des acnés vulgaires.

D. — ÉTUDES SUR LES TUBERCULIDES

145. — Sur une forme suppurative de lupus tuberculeux.
146. — Sur la genèse des suppurations tuberculeuses.
147. — Des tuberculoses cutanées distinctes du lupus vulgaire.
148. — Même travail complété et augmenté.
149. — Lupus érythémateux anormal, folliclis, ou type morbide nouveau.
150. — Sur un nouveau cas de folliclis et ses rapports possibles avec la tuberculose.
151. — Deuxiéme note sur le même sujet.
152. — Genése et rôle pathogénique de folliculites disséminées chez les tuberculeux.
153. — Nature tuberculeuse du lichen scrofulosorum.
154. — Sur un cas typique de lichen scrofulosorum.
155. — Même sujet.
156. — Sur un cas probable de lupus ulcéreux et végétant avec déformation en groin de la face.
157. — Deux cas de lupus érythémateux à localisations anormales.
158. — Sur un cas de lupus érythémateux acnéique de forme destructive avec suppuration.
159. — Des trèves dans les manifestations cutanées de la tuberculose.
160. — Sur un cas de tuberculides acnéiformes et nécrotiques.
161. — Deuxième note à ce sujet.
162. — Nouveau cas de tuberculides acnéiformes et nécrotiques.
163. — Sur la genèse du lichen scrofulosorum.
164. — Sur un nouveau cas de toxi-tuberculides agminées.
165. — Sur un cas de tuberculides papulo-pustuleuses.
166. — Des tuberculides.
167. — Caractères différents des tuberculides.
168. — Sur deux cas de tuberculides à caractéres et localisations différents suivant les régions où elles se développent.
169. — Recherches sur la nature du lupus érythémateux.
170. — Sur l'évolution d'un lupus érythémateux exanthématique en foyers mutiples.
171. — Sur un cas de lupus pernio avec considérations sur la nature de cette maladie.
172. — Sur un lupus érythémateux développé dans le cours d'une sclérodermie avec asphyxie locale des extrémités et gangréne des phalanges chez une tuberculeuse.
173. — Sur un cas de lupus érythémateux anormal.
174. — Études de malades et de moulages de l'hôpital Saint-Louis au point de vue des toxi-tuberculides.
175. — Action curative de l'érysipèle sur le lupus.

176. — Nouveau cas d'amélioration durable d'un lupus par l'érysipèle.
177. — Action des toxines streptococciques sur le lupus.
178. — Cicatrisation rapide de larges et nombreuses ulcérations lupiques du visage et des membres sous l'influence d'un érysipèle limité à la face.
179. — Rapport à l'Académie sur un travail de M. Butte, intitulé traitement du lupus tuberculeux par le permanganate de potasse.
180. — Traitement des tuberculoses cutanées par les applications locales de permanganate de potasse.
181. — Présentation de lupiques traités par le permanganate de potasse.
182. — Résultats comparatifs du traitement du lupus par la photo-thérapie et par le permanganate de potasse.
183. — Nouvelle note sur le même sujet.
184. — Action du permanganate de potasse sur un lupus invétéré rebelle de la jambe.
185. — Guérison d'un lupus invétéré par le permanganate de potasse.
186. — Sur l'emploi thérapeutique de la lymphe de Koch.
187. — Sur un cas de mort et un cas d'ophthalmie grave consécutifs à l'emploi de la lymphe de Koch.
188. — Sur la persistance des effets de la tuberculine chez deux malades atteints de lupus.

E. — ÉTUDES SUR LES ECZÉMAS ET LA SÉBORRHÉE

189. — Nature parasitaire de l'eczéma.
190. — Eczéma végétant à progression excentrique
191. — Des eczémas dits séborrhéiques.
192. — Sur l'eczéma séborrhéique.
193. — Erythrodermie généralisée post-eczémateuse.
194. — Même sujet.
195. — Eczéma séborrhéique.
196. — Alopécie et séborrhée.
197. — Sur la physiologie pathologique du dermographisme.

E *bis*. — ÉTUDES SUR LES URTICAIRES

198. — Éruption urticarienne pigmentée simulant la lèpre.
199. — Sur un cas d'urticaire pigmentée publiée antérieurement comme un cas probable de lèpre.
200. — Sur une urticaire pigmentée en bandes transversales avec cicatrices.
201. — Sur un cas probable d'urticaire persistante.
202. — Des urticaires.
203. — Urticaires pigmentées.

E *ter*. — ÉTUDES SUR LES TUMEURS ET LES MALFORMATIONS

204. — Sur un cas de sarcomes mélaniques primitivement localisés au membre inférieur.
205. — Autopsie d'un sarcome mélanique.
206. — Adénomes sébacés à forme scléreuse.
207. — Hydrocystome et cystadénome.
208. — Diagnostic d'une tumeur de la face.
209. — Sur une tumeur de l'orbite.
210. — Sur trois cas d'ulcus rodens.
211. — Épithéliome greffé sur un lupus.
212. — Macules ichthyosiques.
213. — Action des jarretières et, d'une manière générale, des compressions persistantes sur l'ichthyose.
214. — Hydradénome compliqué d'épithélioma vulgaire.
215. — Neuro-fibromes multiples.
216. — Sarcomes du voile du palais et du pharynx.
217. — Déformations cicatricielles de la voûte palatine, de la langue, du nez et des paupières survenues consécutivement à des sarcomes guéris par un érysipèle intercurrent.
218. — Nævus angiomateux de l'avant-bras avec hypertrophie et hyperkératose.
219. — Lymphangiome avec atrophie d'un membre.
220. — Nævi kérato-pilaires distribués suivant des trajets nerveux.
221. — Les nævi.
222. — Nævi fibromateux.
223. — Nævus lichénoïde en séries linéaires correspondant aux lignes de Voigt.
224. — Nævi systématisés métamériques.
225. — Nature des xanthomes et cause prochaine de leurs localisations.
226. — Xanthome tubéreux diabétique.
227. — Tumeur de l'orbite avec énucléation partielle de l'œil.
228. — Féminisme chez un géant, dû vraisemblablement au développement de varices pelviennes.
229. — Nouveau cas de féminisme.
230. — Malformation cranienne.
231. — Malformations des doigts et des orteils.
232. — Parakératose généralisée des ongles.
233. — Forme atténuée de la maladie dite ichthyose fœtale.
234. — Ichthyose vraie localisée et symétrique.
235. — Sarcomatose cutanée, consécutive à une sarcomatose ganglionnaire.

236. — Maladie de Paget.
237. — Récidive d'épithélioma du nez épargnant les lambeaux autoplastiés.
238. — Lipomes multiples simulant des tumeurs de la parotide et du corps thyroïde.
239. — Corne unguéale.

F. — ÉTUDES SUR LES INFLAMMATIONS CUTANÉES

240. — Infections suppuratives, abcès cutanés et sous-cutanés récidivants chez les jeunes enfants.
241. — Ecthyma térébrant de l'enfance.
242. — Eczéma avec folliculites suppuratives dépilantes et tuméfaction de la région sous-narinaire.
243. — Blennorrhagie précoce.
244. — Arthropathies blennorhagiques ayant nécessité l'amputation des deux gros orteils.
245. — Guérison rapide d'un impétigo rebelle des lèvres par les scarifications linéaires.

G. — ÉTUDES SUR LE PRURIGO

246. — Prurigo simplex aigu et prurigo de Hebra.
247. — Urticaire chronique, début probable d'un prurigo de Hebra.

H. — ÉTUDES SUR LE MYCOSIS FONGOIDE

248. — Le mycosis fongoïde.
249. — Mycosis fongoïde avec érythrodermie caractéristique et adénopathie localisée.
250. — Érythrodermie chronique avec poussées aiguës, début probable d'un mycosis fongoïde.
251. — Érythrodermie prémycosique.
252. — Mycosis fongoïde d'emblée, compliqué de gangrène massive avec dénudation du squelette.
253. — Même sujet.
254. — Mycosis fongoïde avec gangrène progressive, localisation palatine et induration scléreuse presque généralisée de la peau.
255. — Même sujet.
256. — Nouvelles études sur le mycosis fongoïde.
257. — Trois cas de mycosis fongoïde.

258. — Deux anciens et deux nouveaux cas de mycosis fongoïde.
259. — Lympbadénie avec éruptions prurigineuses.
260. — Érythrodermie mycosique avec hyperkératose palmaire et plantaire et peut-être néoplasie initiale.
261. — Mycosis fongoïde avec poussées bulleuses.
262-263. — Même sujet.
264. — Mycosis fongoïde avec masque spécial et prurigo.
265. — Sur un cas de mycosis.
266. — Mycosis fongoïde d'emblée avec lésions aiguës multiformes.
267. — Quatre cas, deux anciens et deux nouveaux, de mycosis fongoïde.
268. — Nouvelle étude sur un cas de mycosis fongoïde.
279. — Même sujet.
270. — Sur un mycosis localisé en une énorme tumeur faciale et une éruption eczématoïde de l'une des mains.
271. — Même sujet.
272. — Zone d'envahissement des tumeurs mycosiques.
273. — Mycosis fongoïde, avec poussée terminale en foyers multiples.
274. — Mycosis avec lésions impétiginiformes et lymphangite secondaire.
275. — Érythrodermie prémycosique avec lésions buccales et pharyngées.

I. — ÉTUDES SUR LA LÈPRE

276. — Éclosion tardive d'une lèpre.
277. — Sur une poussée aiguë de lèpre à manifestations multiples, et plus particulièrement sur l'orchite aiguë lépreuse.
278. — Sur une poussée aiguë de lèpre et plus particulièrement sur ses manifestations multiples dans les nerfs périphériques.
279. — Lèpre avec déformations singulières des mains et persistance des éminences thénar et hypothénar, contrairement à la loi de Hansen.
280. — Lèpre nerveuse avec poussée érythrodermique et troubles médullaires.
281. — Cas probable de lèpre bretonne.
282. — Article « lèpre » du nouveau Traité de médecine.
283. — Les lépreux à Paris.
284. — Traitement de la lèpre par le liquide de Carasquilla.
285. — Des proliférations locales dans la lèpre.
286. — Différentes formes de poussées lépreuses.
287. — Amélioration spontanée d'un cas de lèpre.
288. — De la séro-thérapie lépreuse.
289. — Des mesures à prendre pour enrayer la propagation de la lèpre.

K. — ÉTUDES SUR LE FARCIN

290. — Infection farcino-morveuse chronique terminée par une poussée de morve aiguë.
291. — Sur un cas de farcinose chronique.

L. — ÉTUDES SUR LE LICHEN PLAN

292. — Lichen plan avec dilatations considérables et isolées des orifices sudoripares.
293. — Lichen plan à forme végétante et cornée.
294. — Lichen plan avec hyperkératoses palmaires et plantaires.
295. — Lichen plan en cravate et lichen plan avec éléments acuminés.
296. — Lichen plan limité à la muqueuse buccale.
297. — Lichen plan buccal en pains à cacheter et en stries étoilées.
298. — Forme aiguë de lichen de Wilson avec poussée érythrodermique.
299. — Variété papulo-érythémateuse du lichen de Wilson.
300. — Lichen de Wilson en bandes.
301. — Nouveaux cas d'éruption lichénoïde en bandes.
302. — Lichen plan développé exclusivement sur une cicatrice.
303. — Même sujet.
304. — Lichen plan des lèvres.
305. — Lichen de Wilson hyperkératosique des extrémités avec lésions buccales et mélanodermie arsenicale.
306. — Lichen plan et impetigo contagiosa.
307. — Lichen de Wilson chez un enfant de quinze mois.
308. — Traitement du lichen de Wilson par les applications quotidiennes d'une solution de permanganate de potasse au cinquantième.
309. — De la constitution du groupe lichen.
310. — Deux cas de dermatose en ruban d'une extrémité inférieure.

M. — ÉTUDE SUR LE PITYRIASIS RUBRA PILAIRE ET SUR LA FORME ACUMINÉE DU LICHEN DE WILSON

311. — Pityriasis rubra pilaire ou lichen de Wilson.
312. — Lichen de Wilson simulant par places un pityriasis rubra pilaire.
313. — Lichen de Wilson avec prédominance d'éléments acuminés pilaires et hyperchromie.

314. — Lichen de Wilson avec localisations péripilaires.
315. — Même sujet.
316. — Sur les différences cliniques qui séparent le pityriasis rubra pilaire de la forme acunimée du lichen de Wilson.
317. — Pityriasis rubra pilaris.
318. — Nouveau cas de pityriasis rubra pilaire offrant les localisations de l'eczéma séborrhéique et nature probable de cette dermatose.
319. — Pityriasis rubra pilaris.
320. — Traitement des pityriasis.

N. — ÉTUDES SUR LES DERMATOSES BULLEUSES

Dermatite herpétiforme, pemphigus, dermatite bulleuse congénitale, dermatoses bulleuses tropho-névrotiques.

321. — Dermatite herpétiforme et pemphigus foliacé au point de vue éosinophilique.
322. — Dermatite herpétiforme en cocarde.
323. — Pemphigus foliacé consécutif à une dermatite herpétiforme.
324. — Même sujet.
325. — Traitement des pemphigus.
326. — Pemphigus aigu de l'adulte.
327. — Présence d'un alcaloïde dans l'urine de malades atteints de dermatite herpétiforme.
328. — Dermatite herpétiforme sans éosinophilie améliorée par les injections intra-fessières de sérum de lait.
329. — Pemphigus traité infructueusement par les injections de sérum de lait, avec nouvelles observations relatives à l'éosinophilie.
330. — Dermatite herpétiforme de Duhring.
331. — Herpès en cocarde confluent du tronc.
332. — Dermatite herpétiforme en cocarde.
333. — Trois cas de pemphigus foliacé étudiés dans leurs rapports avec la dermatite herpétiforme.
334. — Rapports entre la dermatite herpétiforme et le pemphigus foliacé.

O. — ÉTUDES SUR LES PSORIASIS

335. — Sur la production, consécutivement à des plaques de psoriasis, d'achromies persistantes.
336. — Traitement d'un psoriasis par les injections hypodermiques de suc testiculaire.

337. — Psoriasis avec achromies persistantes et localisations suivant des sphères de distribution nerveuse.
338. — Localisation du psoriasis au niveau de macules consécutives à l'application de pointes de feu.
339. — Des troubles de la pigmentation chez les psoriasiques.
340. — Forme d'apparence bulleuse et rupioïde de psoriasis.
341. — Guérison d'une plaque de psoriasis résistant à l'huile de cade par la traumaticine pure.
342. — Nature parasitaire du psoriasis.
343. — Traitement du psoriasis.
344. — Traitement du psoriasis par le permanganate de potasse.
345. — Interprétation physiologique d'un érythème artificiel.

P. — ÉTUDES SUR LES ÉRUPTIONS MÉDICAMENTEUSES

346. — Sur deux manifestations rares de l'iodisme.
347. — Bromisme suppuré en placards agglomérés.
348. — Éruptions pemphigoïdes d'origine iodique.
359. — Nouveau cas d'acné chlorique.
350. — Sur la cause prochaine de l'acné chlorique et de sa coloration noire.
351. — Sur les accidents qu'entraîne la fabrication du chlore par l'électrolyse et, plus particulièrement, sur l'acné chlorique étudiée au point de vue de l'hygiène professionnelle.
352. — Continuation de la série des acnés chloriques.
353. — Bromisme hypertrophique et suppuratif.
354. — Forme bulleuse, nécrotique et végétante d'éruption iodique.

Q. — ÉTUDES SUR LES MALADIES PARASITAIRES

355. — Pityriasis rosé remarquable par l'étendue et le siège crural de sa plaque initiale, ainsi que par sa longue incubation et le caractère ortié d'une partie de ses éléments.
356. — Molluscum contagiosum confluent de la jambe.
357. — Variété d'onycho-mycose.
358. — Même sujet.
359. — Transmission des maladies du cuir chevelu par les parois des wagons.
360. — Inclusions de cercles multiples de tricophytie cutanée dans des ellipses communes.
361. — Interprétation physiologique d'une éruption tricophytique disposée en cercles concentriques.
362. — Traitement de la teigne tondante.

363. — De là nature de la pelade et des antiseptiques propres à son traitement.
364. — Contagiosité de la pelade.
365. — Même sujet.
366. — Nature de la pelade.
367. — Les pelades.
368. — Discussion sur la pelade attribuée à une origine gingivo-dentaire.
369. — Statistique peladique.
370. — Traitement de la pelade.
371. — Traitement d'un cas de pelade décalvante par les frictions avec le pétrole.
372. — Traitement de la pelade par l'essence de Wintergreen.
373. — Sur une pseudo-pelade.

R. — NOTES SUR DIFFÉRENTES AUTRES MANIFESTATIONS CUTANÉES

374. — Dysidrose du nez.
375. — Vitiligo par compression.
376. — Sur cinq cas de rubéole.
377. — Purpura hémorrhagique chez un enfant.
378. — Dermatite papuleuse et érythémateuse de nature indéterminée.
379. — Érythème papuleux anormal.
380. — Dermatite exfoliatrice ayant dix-huit mois de durée.
381. — Dermatose de nature indéterminée, mycosis, arsenicisme ou acanthosis nigricans.
382. — Contribution à l'étude des chancres simples chez la femme.
383. — Blennorrhagie précoce.
384. — Sur un travail de M. Bonnet relatif à la vésication par le chloral.

S. — NOTE SUR LA THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES CUTANÉES

385. — Traitement de la pourriture d'hôpital par le tartrate ferrico-potassique.
386. — Du traitement de la teigne tondante par le procédé Foulis.
387. — De la propriété qu'ont les corps gras d'atténuer l'action irritante des préparations phéniquées.
388. — Du traitement de l'anthrax par l'huile phéniquée (procédé de Périer.)
389. — Sur l'atténuation qu'exerce la glycérine sur l'action irritante de l'acide tartrique.

390. — Du traitement de l'érysipèle par le salicylate de soude administré intus et extra.
391. — Traitement abortif de l'érysipèle par l'ichthyol.
392. — Des progrès réalisés, au cours des dernières années, dans les préparations emplastiques destinées au traitement des maladies de la peau.
393. — Traitement du phagédénisme du chancre simple par la solution forte de tartrate ferrico-potassique.
394. — Sur un travail de M. Bonnet relatif au traitement de l'ozène par le bleu de méthylène.
395. — Intoxication par la pommade au sulfonal chez des sujets atteints d'érythrodermie prémycosique.
396. — Résultats donnés par l'emploi du naftalan en dermatologie.
397. — Traitement des acnés.
398. — Traitement de la gale.
399. — Traitement des pityriasis.
400. — Prophylaxie de l'érysipèle de la face à répétition par la désinfection des fosses nasales.

IV

ÉTUDES SUR LES MALADIES SYPHILITIQUES

401. — Production gommeuse à la périphérie d'une cicatrice chancrense du menton simulant une récidive.
402. — Sur la localisation et le développement anormal de syphilides érythémateuses et papuleuses autour de chancres indurés.
403. — Sur une vaste syphilide ulcéreuse précoce à progression excentrique développée autour d'un chancre induré.
404. — Cautérisation d'un chancre induré à l'aide du nitrate acide de mercure.
405. — Chancre induré sourcilier consécutif à une morsure.
406. — Chancre induré de la paupière.
407. — Même sujet.
408. — Des syphilides papulo-tuberculeuses à progression excentrique.
409. — Syphilis à évolution anormale.
410. — Des récidives *in situ* des syphilides.
411. — Syphilides papuleuses en courbes concentriques et en cocardes.
412. — Éruption bulleuse sur une cicatrice syphilitique récente.
413. — Trois nouveaux cas de syphilides prurigineuses.

414. — Syphilide en nappe du cuir chevelu simulant l'alopécie séborrhéique.
415. — Séborrhée et syphilis.
416. — Cas de dermatose papulo-squameuse de nature indéterminée.
417. — Deuxième note sur le même sujet.
418. — Troisième note sur le même sujet.
419. — Quatrième note sur un cas de syphilis anormale.
420. — Troubles de pigmentation et de vascularisation que provoquent fréquemment à leur périphérie les syphilides secondaires.
421. — Contribution à l'étude des syphilides pigmentaires.
422. — Gommes symétriques des régions épitrochléennes; cause probable de cette localisation.
423. — Syphilis régionales à localisations cutanées et osseuses.
424. — Syphilides rupioïdes et gangreneuses précoces.
425. — Syphilomes multiples des os intéressant particulièrement plusieurs vertèbres dorsales.
426. — Nouveau cas de syphilome avec tuméfaction de la lèvre inférieure.
427. — Syphilide ulcéreuse du crâne avec suppuration et séquestre.
428. — Cicatrisation en cercles concentriques d'ulcères de jambes syphilitiques.
429. — Persistance de syphilides ulcéreuses des régions plantaires et sa cause prochaine.
430. — Nouveau cas de persistance d'ulcérations syphilitiques plantaires malgré un traitement énergique *intus et extra*.
431. — Syphilis mutilante de la face avec localisations oculaires.
432. — Altérations profondes des cornées survenues secondairement sous l'influence de gommes palpébrales.
433. — Syphilis anormale.
434. — Forme végétante de syphilome lingual et son diagnostic avec l'épithélioma.
435. — Syphilome ou épithélioma buccal.
436. — Caractères différentiels des cicatrices consécutives aux boutons des pays chauds et des cicatrices d'origine syphilitique.
437. — Pathogénie du tabes syphilitique.
438. — Même sujet.
439. — Syphilis héréditaire ou acquise de la première enfance.
440. — Tabes dorsalis avec altérations dentaires provenant vraisemblablement d'une syphilis héréditaire.
441. — Syphilis héréditaire et compliquée d'une infection tégumentaire à marche progressive.
442. — Atrophies cuspidiennes systématisées de la seconde dentition.
443. — Ectropion consécutif à la syphilis mutilante de la face.
444. — Syphylis mutilante de la face avec bifidité du lobule nasal.

445. — Trois cas de poussées tuberculeuses ganglionnaires et cutanées survenues peu de temps après avec infection syphilitique.
446. — La syphilis et les infections associées.
447. — Prophylaxie de la syphilis.
448. — Lutte contre la propagation *a masculo* des maladies vénériennes.
449. — De l'action comparative du traitement local des syphilides ulcéreuses par l'eau bouillie et par le sublimé.
450. — Valeur des injections hypodermiques dans le traitement de la syphilis.
451. — Traitement de la syphilis par les injections de salicylate de mercure.
452. — Du mercure, action physiologique et thérapeutique.
453. — Action du mercure sur les maladies infectieuses.
454. — Cautérisation d'un chancre induré par le sublimé, pratiquée dans le but d'enrayer le développement d'une syphilis.
455. — Lettre à M. Diday : Action du mercure sur la syphilis.

V

ÉTUDES SUR LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

456. — Des accidents convulsifs dans les maladies de la moelle épinière.
457. — Études sur les myélites chroniques diffuses.
458. — Des paralysies bulbaires.
459. — Note pour servir à l'étude physiologique de l'apoplexie.
460. — Paralysie du membre inférieur d'origine corticale.
461. — Note pour servir à déterminer le trajet intra-cérébral du faisceau supérieur du facial.
462. — Rôle des excitations centripètes dans la pathogénie du tabes dorsalis.
463. — Même sujet.
464. — Sur un cas d'encéphalite traumatique.
465. — Fracture du crâne avec hémorrhagie méningée.
466. — Kyste du cerveau avec sclérose diffuse de la moelle épinière.
467. — Encéphalite subaiguë circonscrite.
468. — Deux cas de tumeurs du mésocéphale.
469. — Essai de localisation d'une cécité accompagnée d'hémichorée.
470. — Encéphalo-myélite diffuse distincte de la paralysie générale.

471. — Article *Encéphale* du Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique.
472-473. — Article *Moelle épinière* (pathologie médicale) et *Névralgies*, du même Dictionnaire.
474. — Troubles de l'innervation dans les membres inférieurs consécutivement à une attitude défectueuse longtemps prolongées.

VI

ÉTUDES SUR LES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE ET DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

A. — Appareil circulatoire.

475. — Note sur un cas de rupture du cœur.
476. — Anévrysme vrai de la crosse de l'aorte.
477. — Anévrysme guéri de la crosse de l'aorte.
478. — Anévrysme partiel du cœur.
479. — Deux faits de rétrécissement ventriculo-aortique.
480. — Deux faits d'oblitération artérielle.

B. — Appareil respiratoire.

481. — Doctrine de la fièvre pneumonique.

VII

ÉTUDES DE THÉRAPEUTIQUE

482. — Traitement de la fièvre typhoïde par le calomel, le salicylate de soude et le sulfate de quinine.
473. — Deuxième communication sur le même sujet.
484. — Sur la formation d'acide salicylique libre dans l'estomac des ani-

maux auxquels on a fait ingérer du salicylate de soude en même temps que des aliments.

485. — Sur un nouvel antipyrétique, le chlorhydrate de kairine.
486. — Action physiologique du chlorhydrate de kairine.
487. — La thalline et les nouveaux antipyrétiques.
488. — Sur un cas de condylomes acuminés massifs développés sur des syphilides végétantes et les dangers de la médication chromique.
489. — Action parasiticide de l'huile phéniquée.
490. — Troubles cardiaques liés au sport vélocipédique.
491. — Rapport à l'Académie sur un travail de M. Petit concernant les dangers de la bicyclette.
492. — Rôle pathogénique de la bicyclette.

VIII

VARIA

493. — Action de la filtration et de divers antiseptiques sur l'activité des liquides chargés de pepsine; nature du ferment peptique.
494. — Rôle des globules blancs dans la genèse des néoplasies inflammatoires.
495. — Recherches sur la circulation du noyau lenticulaire.
496. — Article *Méphitisme* du Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques.
497. — Article *Mélanémie* du même Dictionnaire.
498. — Traduction d'une conférence de Virchow sur le typhus famélique, 1868.
499. — Articles critiques dans la *Revue des sciences médicales*.
500. — Articles critiques dans l'*Union médicale*.
501-510. — Rapports annuels à la Société Française de dermatologie et de syphiligraphie, de 1893 à 1902.
511. — Moulages du musée de Saint-Louis avec notes déposées.
512. — Progrès de la profession médicale dans la hiérarchie sociale.

Paris. — Typ. Ph. Renouard, 19, rue des Saints-Pères. — 42209.